

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DOULEUR
DANS
L'ULCUS DUODÉNAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BAJAT

né à GRENOBLE (Isère) le 6 Février 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DOULEUR DANS L'ULCUS DUODÉNAL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553220_0099

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année scolaire 1922-1923. — N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DOULEUR
DANS
L'ULCUS DUODÉNAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel BAJAT

né à GRENOBLE (Isère) le 6 Février 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. HUGOUNENQ.
MM. J. LEPINE.
ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSE
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOHEL
Histologie	X
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVLOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SAKVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOËL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROQUE *Président*; M. CADE, *Assesseur* ;

MM. ROUBIER et FAVRE, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MES PARENTS

A MON FRERE

Je dédie ce modeste travail, en témoignage de ma grande et inaltérable affection.

A MA MARRAINE

Humble témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affectueuse tendresse.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX ET DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE LYON

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'honneur

Il nous fait le grand honneur de présider cette thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de nos plus respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CADE

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

Il a inspiré le sujet de notre thèse. L'aimable accueil qu'il nous a réservé, durant notre séjour dans son service et les conseils bienveillants et éclairés qu'il nous a donnés au cours de ce travail, nous font un agréable devoir de lui offrir l'hommage de notre sincère reconnaissance.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DOULEUR DANS L'ULCUS DUODÉNAL

PRÉAMBULE

« En mettant à son ordre du jour la question du diagnostic des ulcères gastriques et duodénaux, le XVI^e CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE D'OCTOBRE 1922 entend sans doute donner consécration aux progrès qu'a faits, ces dernières années, la question plus limitée du diagnostic de l'ulcère duodéal », déclarent, dans leur avant-propos, MM. ENRIQUEZ et Gaston DURAND, rapporteurs.

L'actualité de notre sujet ne fait donc aucun doute.

Le très grand nombre de publications parues sur l'ulcus duodéal (1920 indications bibliographiques dans le rapport au XVI^e Congrès de Médecine de MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT) indique bien aussi et l'importance de la question et sa difficulté.

Les nombreuses méthodes nouvelles d'exploration et de laboratoire, proposées pendant cette période, n'ont point donné autant que l'on en attendait sur ce sujet. Elles ne peuvent être, en tous cas, des agents exclusifs de discrimination. Leur difficulté d'emploi, leur imprécision, ou les erreurs qui leur sont imputées les font plus ou moins délaissier.

Seules, la radioscopie et la radiographie gastroduodénale, et particulièrement la radiographie en série (d'usage courant outre-Atlantique et dont KELLER fut le promoteur en France), ont apporté de réels progrès indiscutés.

MM. ENRIQUEZ et Gaston DURAND, au Congrès d'Octobre 1922, se sont attachés à le démontrer.

« Précieuse pour le diagnostic précoce des ulcères gastriques, indispensable pour le diagnostic de l'ulcus duodénal à toutes ses périodes, la méthode de radiographie en série réalise un fil conducteur dans le dédale des affections du carrefour sous-hépatique (cholécystite, périoduodénite non ulcéreuse) », disent-ils. Mais ces méthodes ne peuvent être que des auxiliaires de la clinique, auxiliaires précieux, il est vrai, puisqu'ils peuvent apporter une certitude à un diagnostic douteux.

Outre que ces examens radioscopiques et radiologiques valent ce que valent la technique adoptée, la minutie de l'observation, l'instruction spéciale que réclame le radiodiagnostic des affections digestives, ces méthodes demandent encore à être étudiées et vulgarisées; onéreuses, enfin, elles ne peuvent, en tout cas, être appliquées à tous les malades dans la pratique journalière.

A l'heure actuelle donc, malgré toutes ces recherches et ces études, les difficultés diagnostiques subsistent devant cette maladie à symptomatologie si variée, si instable, qu'est l'ulcus duodénal. Elles sont suffisantes pour expliquer la floraison exceptionnelle des travaux parus ces derniers temps.

En présence de ces recherches, études et discussions diverses et souvent contradictoires, et alors que, dans ces travaux, on affirme la valeur indéniable des symptômes fonctionnels dans cette maladie, il nous a semblé utile de préciser celui qui en est le signe le plus fréquent et le plus caractéristique : « *la douleur* ». C'est souvent le premier symptôme qui attire l'attention du malade et c'est, d'ordinaire, à cause de lui qu'il se présente à un examen médical. C'est l'élément de diagnostic clinique le plus important de l'ulcère.

Car, si l'on considère, comme certains auteurs, les *hémorragies* comme une complication, et non comme un symptôme, il ne reste avec la douleur qu'un seul signe principal des ulcus duodénaux, signe négatif, l'absence de troubles digestifs. MM. ENRIQUEZ et Gaston DURAND ont affirmé dans leur récent rapport le bien fondé de cette opinion : « C'est à tort, que la majorité des médecins s'obstine à accorder une valeur séméiologique de premier ordre aux hémorragies gastriques ou duodénales, patentes ou occultes, à exiger ce commémoratif, ou à attendre cet accident, pour poser le diagnostic d'ulcère. Les hémorragies de l'ulcère ne sont ni assez fréquentes, ni d'ordinaire assez précoces, pour être admises comme un signe essentiel de l'affection. » Il y a plus, l'ulcus est loin d'être la cause unique des grandes hémorragies, hématomèses ou méléœnas. Enfin, les hémorragies occultes, que l'on recherche dans les selles ou dans les liquides extraits de l'estomac, ne sont pas constatées dans tous les faits d'ulcus; d'ailleurs, les recherches

cliniques qui servent à la mise en évidence de ces hémorragies minimales, sans vouloir cependant nier leur valeur relative, sont-elles souvent sujettes à caution.

Quant aux troubles dyspeptiques eux-mêmes, contrairement à l'opinion courante, selon MM. ENRIQUEZ et Gaston DURAND, leur absence complète ou relative pendant les intervalles entre les accidents paroxystiques n'appartient pas en propre aux ulcères duodénaux distants du pylore et n'ont pas la valeur qu'on leur a attribuée pour le diagnostic.

De l'exposé de ces notions découle la conclusion suivante : qu'il est de toute évidence qu'un *intérêt pratique s'attache à l'étude de la douleur, symptôme primordial de l'ulcus duodénal*, et que les faits cliniques doivent servir de base à tout diagnostic d'ulcère du duodénum, malgré les progrès incontestés de la radioscopie et de la radiographie en série, méthode toute récente que nous devons aux Américains.

Il est des *ulcus duodénaux* qui peuvent rester *latents* et passer inaperçus, jusqu'au jour où ils se manifestent par une complication, soit principalement hémorragie grave, ou même foudroyante, soit encore perforation et péritonite généralisée, soit plus rarement péritonite enkystée avec suppuration. Cette modalité d'ulcus ne retiendra naturellement point notre attention, puisque nous voulons étudier précisément les manifestations cliniques de la douleur, qui puissent, indépendamment de toute complication, faire porter, ou tout au moins faire présumer, le diagnostic d'ulcère du duodénum.

Pour cela, il n'est certes pas sans intérêt, à l'heure actuelle, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur le syndrome.

Aussi, dans un PREMIER CHAPITRE, ferons-nous brièvement l'*histoire clinique de l'ulcère du duodénum*.

Dans un SECOND CHAPITRE, nous envisagerons les *cas typiques* de cet ulcus, pour bien situer cliniquement le symptôme douleur dans les formes les plus courantes.

Les formes atypiques feront l'objet de notre TROISIÈME CHAPITRE, dans lequel nous insisterons particulièrement sur les difficultés de diagnostic qui surgissent à l'occasion de ces formes anormales. Etant donné le point de vue où nous avons placé cette étude, le symptôme douleur seul nous intéressera pour ces diagnostics. Dans ce chapitre, nous signalerons particulièrement aussi une *forme rare* des ulcères du duodénum, *forme violemment douloureuse, tabéti-forme*, où les phénomènes douloureux constituent à eux seuls toute la maladie, simulant une crise viscéralgique du tabes. Nous avons pu en recueillir deux observations caractéristiques, dans le service de notre maître, M. le Professeur Agrégé CADE.

Enfin, en un TABLEAU SCHÉMATIQUE, nous ferons l'*étude de la douleur dans 15 ulcus duodénaux contrôlés chirurgicalement*, qui furent pris dans la *statistique des ulcères du duodénum, dans ces trois dernières années*, de notre maître, M. le Professeur Agrégé CADE.

CHAPITRE PREMIER

Histoire clinique de l'Ulcère du Duodénum.

AVANT 1887 : l'ulcère duodénum est une *découverte d'autopsie* et une *rareté*.

EN 1887 : BUCQUOY fait paraître un mémoire resté classique, qui inaugure la PERIODE HISTORIQUE-PERIODE MEDICALE. D'après cinq observations personnelles et 150 cas antérieurs qu'il a pu retrouver, il dresse un tableau clinique des plus précis : « Une triade symptomatique est, dit-il, à la base de l'ulcère du duodénum : l'entérorrhagie, les douleurs tardives après les repas, à droite de la ligne médiane, la conservation de l'appétit. » Il ajoute accessoirement que cette maladie est une affection chronique, qu'elle évolue par crises, que la guérison, quoique rare, en est possible, que les hommes plus que les femmes lui paient un lourd tribut et qu'en somme elle reste l'affection exceptionnelle.

A PARTIR DE 1900, les travaux des chirurgiens anglo-américains, les frères MAYO (de Rochester), MAYO-

ROBSON (de Londres), CODMAN (de Boston), MOYNIHAN (de Leeds), viennent jeter le trouble dans les idées jusqu'alors communément admises.

Avec eux commence la PERIODE CHIRURGICALE.

D'après ces auteurs, l'ulcère du duodénum est très fréquent, plus fréquent même que l'ulcus gastrique.

De plus, la symptomatologie en est on ne peut plus nette. Ce sont, en général, des hommes entre 30 et 50 ans qui souffrent tardivement après leur repas et dont la douleur est calmée par l'ingestion nouvelle d'aliments. C'est la « *hunger pain* » (faim douloureuse). En même temps, ils ont du pyrosis, ils vomissent et peuvent avoir des hémorragies (hématémèses et surtout méléœnas). L'hyperchlorhydrie est habituelle.

La maladie évolue par phases, chaque période de crise étant suivie d'une période de bonne santé, conservation de l'appétit, état général assez satisfaisant.

Pour le diagnostic : « *les commémoratifs sont tout, l'examen physique n'est presque rien* » (MOYNIHAN).

Le traitement est avant tout chirurgical.

EN 1910, AU XXX^e CONGRÈS DE CHIRURGIE, MM. RICARD et PAUCHET vulgarisent en France les travaux des chirurgiens américains.

DEPUIS 1910, une PERIODE DE DISCUSSION ET DE CONTROLE s'est ouverte.

Les conclusions des chirurgiens anglo-américains avaient un peu surpris et étonné les cliniciens français. Ils ne s'expliquaient pas comment, pendant si longtemps, ils avaient pu laisser dans l'ombre une

maladie à symptomatologie pourtant si nette.

Ils s'attachèrent alors à discuter, dans les Sociétés savantes, la valeur des signes donnés comme caractéristiques de l'ulcère du duodénum. Et c'est le mérite de M. HARTMAN au Congrès de Chirurgie, de M. MATHIEU à la Société de Chirurgie, et à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris de M. CÆTINGER, d'avoir montré que le syndrome clinique décrit par les Anglo-Américains rentrait dans le cadre de la maladie de REICHMANN et qu'il s'appliquait aux ulcères voisins du pylore.

Pendant toute cette période, on a décrit, tout en s'efforçant de les distinguer, les ulcères vrais du duodénum, loin de la zone d'influence du pylore, et les ulcères duodeno-pyloriques avoisinant le sphincter pylorique, et participant à sa symptomatologie bruyante. Pendant toute cette époque, une floraison très riche relative au diagnostic de ces ulcères s'est épanouie tant en France qu'à l'étranger.

ENTRE TEMPS, VOICI QUELQUE DOUZE ANS, a été inaugurée la PERIODE RADIOLOGIQUE. Elle est marquée par des progrès rapides.

En 1914, au Congrès de New-York, pour la première fois, les chirurgiens du continent purent apporter dans la discussion ouverte officiellement par les Américains, sur le diagnostic des localisations des ulcères, une argumentation solide, reposant sur une somme de documents, à la fois médicaux, radiologiques et chirurgicaux. La fréquence de l'ulcère apparut, de l'avis de ces auteurs, plus grande qu'ils ne l'estimaient auparavant.

Depuis lors, malgré l'entrave apportée à l'essor scientifique par la grande guerre, les progrès n'ont cessé de s'affirmer. Des précisions ont été recherchées par les données chimiques, coprologiques et radiologiques. Des méthodes nouvelles ont été tentées.

LE CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE D'OCTOBRE 1922, avec MM. ENRIQUEZ et Gaston DURAND et MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT (de Genève), rapporteurs, semble avoir fait une juste mise au point de toutes ces études.

Il affirme le progrès de la radiologie, réalisé surtout par les radiographies rapides en série, en Amérique par COLE, CARMAN, MILLER, GEORGES et LÉONARD, en Suède par AKELUND, radiographies qui furent importées par KELLER en France. MM. ENRIQUEZ et Gaston DURAND insistent particulièrement sur cette méthode. « En l'état actuel des résultats déjà acquis, il est permis d'espérer, disent-ils, que c'est à cette méthode d'exploration, à la radiographie en série, qu'échoit désormais la solution définitive du problème diagnostique ».

CHAPITRE II

La douleur dans les ulcères duodénaux typiques.

La douleur accusée par les ulcéreux du duodénum, ou provoquée chez eux, constitue un élément capital du diagnostic. C'est l'élément essentiel du tableau clinique et, à ce titre, elle mérite d'être étudiée dans tous ses détails.

L'ulcère du duodénum est environ deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme (*Rapport au XVI^e Congrès de Médecine* d'Octobre 1922). Au point de vue de l'âge, il apparaît le plus souvent entre 20 et 40 ans, assez souvent entre 10 et 20 ans ; il devient plus rare à la soixantaine, mais il se montre encore parfois après 80 ans.

Ces notions basées sur une étude de la statistique sont intéressantes à connaître pour le diagnostic.

La douleur spontanée.

MODE DE DEBUT. — Les premières manifestations des ulcus revêtent, d'après MATHIEU, trois formes principales :

— **LA FORME SENSITIVO-MOTRICE**, à laquelle se rattachent les troubles mal définis, les malaises, les digestions « lentes » ou « difficiles ».

— **LA FORME DOULOUREUSE**, c'est celle que nous avons prise comme type de notre description et que nous analysons en détail.

— **LA FORME DE LA GRANDE CRISE**, à début brusque et bruyant, au milieu d'une santé florissante. Elle précède parfois, de quelques heures ou de quelques jours, une hémorragie ou une perforation.

SALUZ, CRAMER et MOPPERT notent pour les ulcus du duodénum :

53 0/0 de formes sensitivo-motrices,

45 0/0 de formes douloureuses,

2 0/0 de formes à grande crise.

Dans la statistique de 15 cas, contrôlés chirurgicalement au cours de ces trois dernières années dans le service de M. le Professeur Agrégé CADE, nous avons trouvé :

9 cas de forme sensitivo-motrice,

4 cas de forme douloureuse typique,

2 cas de forme à grande crise.

HORAIRE DE LA DOULEUR. — La douleur présente un horaire caractéristique. C'est deux, trois ou quatre heures (SALUZ, CRAMER et MOPPERT indiquent

la troisième heure dans leur statistique ; — dans notre statistique, sur 15 cas contrôlés chirurgicalement, 7 fois on trouve la troisième et quatrième heure, cinq fois pas d'horaire fixe —) et souvent plus, après un repas, qu'elle éclate pour la première fois ; puis, elle se reproduit à peu près régulièrement, tous les jours suivant le même horaire, précédant de peu le repas suivant, par lequel elle va se trouver calmée. Les malades le savent et ont l'habitude de porter sur eux quelque aliment commode, quand ils sentent les premiers tiraillements de leur estomac. Nous aurons à revenir sur ce signe de la douleur.

Le soir, après le dîner, la douleur tardive devient *la douleur nocturne*, et parfois avec une telle constance qu'elle présente un intérêt tout particulier. Pourtant elle n'est point pathognomonique, non plus que la douleur tardive d'une façon générale, puisqu'on peut observer celle-ci dans l'ulcère de l'estomac, ou encore dans la lithiase biliaire et dans certaines affections pancréatiques ou coliques (LOEPER). Néanmoins, sa constatation a un réel intérêt et, plus elle est tardive, plus d'importance séméiologique elle acquiert (CADE et PARTURIER). Il est vrai que sa date d'apparition est en rapport avec l'abondance et la nature des ingesta. Après un repas léger et avec une alimentation exclusivement liquide, la douleur est plus précoce.

MM. ENRIQUEZ et G. DURAND, rapporteurs au Congrès de Médecine de 1922, tout en n'admettant point, dans les phénomènes douloureux subjectifs, des modalités d'horaire qui soient l'apanage de la localisa-

tion de l'ulcère du duodénum (leur avis est basé sur la confrontation d'un nombre considérable d'observations), accordent pourtant une valeur à la douleur tardive, comme signe de l'ulcus duodénal, puisque, disent-ils, « on recueille l'impression que, *peut-être*, les douleurs sont plus tardives dans l'ulcus duodénal que dans les ulcères de la région sphinctérienne, plus tardive surtout que dans les ulcères de la petite courbure ». Et ils concluent que ces nuances ne sont pas assez tranchées, dans la majorité des faits, pour qu'on puisse baser sur elles seules l'édification du diagnostic topographique d'un ulcus. Cela est bien certain. Mais ce signe, associé à d'autres modalités de la douleur, que nous étudierons, offre une importance suffisamment caractéristique, pour que l'on puisse, si ce n'est étayer un diagnostic, tout au moins souvent établir de sérieuses présomptions.

DUREE DE LA DOULEUR. — La durée des crises douloureuse est ordinairement moyenne (1 heure à 2 heures), comparativement à la durée de la douleur de l'ulcus du pylore-parapyllore qui est courte, et de celle de l'ulcus de la petite courbure qui est plus longue (SALOZ, CRAMER, MOPPERT). Elles se calment soit spontanément, soit sous l'influence d'une ingestion alimentaire : l'arrivée d'un second repas met fin aux accidents douloureux. Les paroxysmes sont plus brefs, après un repas léger et une alimentation purement liquide.

CARACTERE DE LA DOULEUR. — SON INTENSITE. — La douleur est, en général, assez mal définie

par les malades, dont le vocabulaire varie avec l'imagination. Son caractère habituel est parfois un simple tiraillement et elle est peu intense, plus souvent elle est assez forte, tantôt c'est une cuisson, une brûlure, tantôt c'est une sensation de déchirure, de rongement. Elle peut atteindre un degré tel qu'elle oblige le malade à s'aliter. La douleur peut s'accompagner de dyspnée et de palpitations avec pouls petit (POTAIN).

INFLUENCE DE LA POSITION. — Les malades cherchent à atténuer leurs douleurs, soit en exerçant une pression profonde sur l'épigastre, soit en prenant une position spéciale : décubitus latéral gauche (DEVIC et ROUX), ou position accroupie (LADEVÈZE), ou encore position genu-pectorale.

SIEGE DE LA DOULEUR. — Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le siège maximum de la douleur accusée est à l'épigastre (14 fois sur 15 ulcus duodénaux, contrôlés chirurgicalement, dans la statistique du service de M. le Professeur Agrégé CADE).

Mais, malgré tout, ce point est loin d'être aussi constant. Car la localisation se fait parfois, par le malade, dans l'hypocondre droit et aussi dans la fosse iliaque droite.

La douleur dans la fosse iliaque droite est, on le conçoit, particulièrement intéressante au point de vue du diagnostic avec l'appendicite. L'examen radioscopique tranchera la question, en montrant une ptose gastrique.

PROPAGATION DE LA DOULEUR. — De cette douleur spontanée, où qu'elle siège, peuvent partir des irradiations. On peut admettre qu'en règle générale ces irradiations se font dans la partie droite du corps ; elles fusent dans la base du thorax, dans la région sous-hépatique, dans l'épaule ou le bras droit (simulant l'appendicite ou la chlolecystite), dans la région dorsale basse (ÆTTINGER) ; exceptionnellement elles dépassent la ligne médiane ou gagnent le côté gauche.

Donc, la douleur spontanée et ses irradiations siègent souvent dans la partie droite du corps. Nous verrons plus loin que le siège de la douleur provoquée est encore plus constant.

MODIFICATION DE LA DOULEUR PAR L'ALIMENTATION. — L'alimentation solide ou liquide influence favorablement, dans la plupart des cas, une douleur qui n'est pas trop ancienne. Plus tard, l'alimentation reste sans effet ou, au contraire, exacerbe la douleur.

Cette accalmie par l'alimentation est un fait très frappant et c'est là un caractère de grande importance qu'avait déjà relevé CHVOSTECK en 1883 et sur lequel ont insisté justement les chirurgiens anglo-américains, qui en avaient fait un signe caractéristique, la « hunger pain », ou faim douloureuse, qui accompagne ces douleurs. La moindre nourriture apporte un soulagement momentané. Cette faim douloureuse, quoique symptôme de présomption intéressant, est loin d'avoir une valeur pathognomonique. Elle peut être absente ; elle peut également s'observer en

dehors de l'ulcère du duodénum. Dans les localisations ulcéreuses sur l'estomac, on observe plus ou moins l'action calmante des aliments ou de substances médicamenteuses ; car l'ingestion d'une poudre alcaline ou de bismuth a habituellement une influence calmante. De même, après un vomissement et quelques regurgitations d'un liquide acide chaud, les sensations douloureuses s'atténuent en général. Mais ces derniers caractères n'ont qu'une valeur séméiologique assez modeste. Une série de petits renvois soulagent les malades ; quelquefois un gros renvoi unique est le symptôme terminal d'une douleur qui est une douleur de distension par spasme pylorique réflexe (SALOZ, CRAMER, MOPPERT). Les applications chaudes, l'ingestion de calmants chez certains sujets ont une influence légèrement apaisante.

En définitive, quoique signe intéressant à connaître, il nous semble qu'il faut peu retenir ces variations de l'effet sédatif produit sur les douleurs par l'ingestion d'aliments, de boissons, d'alcalins ou de bismuth pour l'édification du diagnostic de localisation de l'ulcus.

CONSTANCE ET PERIODICITE DE LA DOULEUR. — La périodicité des crises douloureuses caractérise les ulcères du duodénum. La périodicité diminue au fur et à mesure de la progression des lésions. Les crises se rapprochent et la douleur finit par devenir continue.

Pendant une phase de durée d'ailleurs variable (15 à 20 jours en moyenne), les malades souffrent, puis

assez brusquement tout se calme, et cela pour plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, un an et même plus. Sans doute, dans l'ulcus gastrique, on peut également observer une période assez analogue, mais elle est beaucoup moins fréquente et surtout moins nette (KEMP). Sa constatation, associée à une douleur à horaire nettement tardif, est une importante présomption en faveur de l'ulcus duodénal. Avec le vieillissement de l'ulcère, les caractères de son syndrome douloureux deviennent moins nets. L'horaire n'est plus aussi fixe, les douleurs sont moins tardives, les crises sont plus durables, elles sont moins sensibles à l'ingestion des aliments ou des alcalins. Les phases d'accalmie sont moins longues. Tout cela s'observerait d'autant mieux que la lésion est moins rapprochée du pylore, c'est-à-dire qu'il s'agit d'ulcère duodénal vrai (MATHIEU).

EN RESUME. — DÉBUT : le plus souvent à forme sensitivo-motrice, souvent à forme douloureuse pure, rarement à grande crise.

SIÈGE : épigastrique.

CARACTÈRES : pouvant varier de la plus faible intensité à des douleurs très fortes, nécessitant l'alitement.

HORAIRE : tardif (troisième et quatrième heure après les repas) ; plus il est tardif, plus d'intérêt séméiologique il acquiert.

PROPRAGATION : variable, mais le plus souvent dans la partie droite du corps (épaule et bras droit, région dorsale, région lombaire, hypocondre droit, etc...).

INFLUENCE DE LA POSITION : atténuation par diverses

positions (decubitus latéral gauche, position accroupie, position genu-pectorale, etc...).

MODIFICATION PAR L'ALIMENTATION : atténuation souvent des douleurs ; ce signe est inconstant.

CONSTANCE ET PÉRIODICITÉ : les douleurs se reproduisent par crises douloureuses périodiques. Ce signe a une grande importance.

La douleur provoquée.

La douleur provoquée par la palpation dans les ulcères duodénaux a une valeur très importante, qu'ont nettement reconnue les rapporteurs au Congrès de Médecine d'Octobre 1922.

POINT CLINIQUE DUODENAL. — Ce point précis, bien localisé, siège à droite de la ligne médiane dans la « zone duodénale ». Il doit être recherché (CADE et PARTURIER) avec un doigt, par une pression *normale*, s'exerçant perpendiculairement au plan transversal du corps — *douce*, pour éviter la réaction de contracture de la paroi, — *progressive*, en profitant des mouvements respiratoires, — *profonde* enfin, pour atteindre le duodénum et le comprimer contre le plan ostéo-fibreux de la paroi abdominale postérieure. Ce point, en cette zone circonscrite, a un réel intérêt et sa recherche attentive permettra de le relever fréquemment. Il est précis, fixe et se retrouve aux divers examens pratiqués.

PARTURIER et VASSELLE, par une série de recherches sur le cadavre, puis sur le vivant, ont précisé la topo-

graphie duodénale. « Le duodénum d'un sujet placé dans le décubitus dorsal a une situation qui, 85 fois sur 100, répond à la description des anatomistes. La deuxième portion se projette sur la paroi abdominale à trois travers de doigts environ, à droite de la ligne médiane. Son extrémité supérieure répond au plan passant par la huitième côte en avant, la moitié inférieure de la première lombaire en arrière, tandis que son extrémité inférieure est située au niveau du plan passant par l'ombilic en avant, la moitié inférieure de la quatrième lombaire en arrière ».

Partant de ces données, les auteurs ont déterminé les repères qui permettent de retrouver facilement la zone sur laquelle doit porter la palpation, quand on soupçonne une affection duodénale. Au lieu de l'ombilic, dont la situation topographique est variable, ils prennent un ombilic théorique représenté par le milieu de la distance qui sépare les crêtes iliaques, et ils considèrent, d'autre part, l'extrémité antérieure de la 10^e côte adhérente, toujours facile à repérer. Le milieu de cette ligne correspond à la partie moyenne de la deuxième portion du duodénum et la partie verticale passant par ce point indique la direction générale de la deuxième portion. C'est sur ce trajet qu'il convient de rechercher le point douloureux. C'est dans cette région qu'on trouve la douleur maxima d'ulcus de la deuxième portion, soit en un point bien localisé, soit en une série de points échelonnés sur la verticale traçant la direction de la deuxième portion duodénale. Mais il faut considérer que ce point ne correspond pas nécessairement à l'ulcus,

mais à un duodénum enflammé ou présentant de la péri-duodénite. Il indique la souffrance du duodénum, mais n'entraîne pas à lui seul le diagnostic d'ulcus. On conçoit que son siège puisse varier avec le siège exact de la lésion. Mais, en dehors des variations topographiques qui peuvent dépendre du siège variable de l'ulcus, il conviendrait aussi de tenir compte de la ptose possible, le plus souvent partielle, du duodénum. Aussi est-il important de vérifier, sous l'écran, la localisation exacte de la douleur maxima, ce qui permettra d'être plus affirmatif sur sa signification. Sans doute, une telle constatation ne permet-elle une présomption que, jointe à un certain nombre de signes d'ulcérations, et inversement l'absence de cette douleur provoquée n'a rien de pathognomonique. Néanmoins, elle offre un réel intérêt.

On conçoit aussi que, dans une région semblable, la distinction puisse être délicate avec d'autres points douloureux, particulièrement avec le point pylorique qui est situé un peu au dessus, surtout si la ptose de la première portion du duodénum a abaissé ce dernier. Nous le répétons, le contrôle radiologique s'impose dans ces cas, et permet une localisation plus précise de la douleur. Quant au point vésiculaire, nous aurons l'occasion d'en parler dans un instant.

Différents autres points douloureux peuvent être notés, mais le plus souvent ils sont l'indice d'une coé-lialgie, qui peut coexister avec l'ulcus, mais en est très souvent indépendante. Par exemple, il est banal de noter le point médian épigastrique, dont l'existence n'apporte aucun appoint au diagnostic. Il en est de

même des points para-ombilicaux de LEVEN à 4 centimètres environ de chaque côté de l'ombilic, et des points mésentériques inférieurs et supérieurs de LOEPER et ESMONET, le mésentérique supérieur étant localisé à deux centimètres au-dessous, en dehors et droite de l'ombilic, et le mésentérique inférieur à trois ou quatre centimètres au-dessous, en dehors et à gauche de l'ombilic.

SIGNE DE LA DOULEUR INSPIRATOIRE A LA PRESSION SOUS-HEPATIQUE. — Le Professeur GILBERT, MURPHY, RAMOND, KEHR et PARTURIER ont montré l'importance de ce signe pour le diagnostic de l'ulcus duodéal.

Nous disions, plus haut, combien la distinction du point duodéal peut être délicate avec d'autres points douloureux et nous avons noté le point vésiculaire.

En effet, si, dans un grand nombre de cas, le point duodéal, bien localisé, ne prête pas à confusion, souvent aussi la douleur manque de netteté, elle est diffuse, se rapproche du rebord costal. On peut avec autant de raison penser à la vésicule qu'au duodénum. C'est là que peut intervenir une manœuvre intéressante, qui permet dans les cas difficiles d'attribuer à la vésicule la douleur provoquée. Elle consiste à enfoncer légèrement le pouce dans la région sous-hépatique, en engageant le malade à respirer profondément. Si la douleur s'exaspère, c'est que la vésicule est intéressée : elle se trouve prise entre la poussée du diaphragme communiquée au foie et le doigt qui palpe. S'il s'agit d'une douleur duodénale, la douleur n'augmente pas; il arrive même qu'elle diminue, un

organe tendant sans doute à s'interposer entre le duodénum et le doigt explorateur.

Mais la constatation de la douleur vésiculaire ne permet pas toujours d'écarter une lésion ulcéreuse du duodénum. On ne doit pas oublier, en effet, que dans quelques cas (5 fois sur 139 cas, MOYNIHAN) il y a coexistence de celle-ci et d'une lithiase vésiculaire.

EPREUVE DE LA BELLADONE. — Une dissociation assez nette des zones douloureuses est fournie par des épreuves thérapeutiques. Cette dissociation peut, jusqu'à un certain point, pour l'ulcère duodénal être un élément de diagnostic intéressant avec la lithiase biliaire. AVIERINOS, dans une thèse toute récente (Montpellier 1922), conclut à l'existence de médicaments et de procédés physiques à action élective vis-à-vis de différents points douloureux abdominaux. En effet, l'administration de l'opium (lavement laudanisé, par exemple) exerce, en général (CADE et PARTURIER), une influence plus nette sur les douleurs vésiculaires, alors qu'une préparation belladonnée calme mieux la duodénalgie et que le lavement d'antipyrine atténuera très sensiblement les algies névropathiques.

Voici les conclusions, à ce sujet, de la thèse (Montpellier), de M. AVIERINOS :

1° Il existe des médicaments et des procédés physiques dont l'action est élective vis-à-vis des points douloureux abdominaux :

a) l'antipyrine agit sur les points cœlialgiques,

b) la belladone sur les points gastriques et duodénaux,

c) l'opium sur tous les points, mais particulièrement sur les points vésiculaires,

d) la chaleur sur tous les points vésiculaires,

e) le froid sur les points appendiculaires.

2° On peut, grâce à cette électivité médicamenteuse et en procédant à une série d'épreuves simples et cliniques, dissocier et sélectionner les points douloureux abdominaux, d'où examen plus facile de ces points isolés qui permet de confirmer un diagnostic incertain ou d'établir un diagnostic précis.

3° Cette méthode, très utile dans les cas chroniques, ne donne pas de résultats dans les cas aigus.

CONTRACTURE DU VENTRE SUPERIEUR DU GRAND DROIT. — La recherche de la douleur provoquée duodénale peut se trouver entravée par une contracture défensive du ventré supérieur du muscle grand droit. Cette constatation a, par elle-même, un notable intérêt, et un certain nombre d'auteurs : NEUDORER, DELAGENIÈRE, HOUDARD, entre autres, lui attribuent une réelle valeur séméiologique. Les rapporteurs au Congrès de 1922 ont confirmé leur opinion. Ils attacheraient même une importance plus grande à cette tension localisée du muscle grand droit qu'à la constatation du point douloureux droit dans l'ulcère duodéal.

Quant à la myalgie des muscles abdominaux avec hyperesthésie cutanée dans la région de l'ulcus, et à la contracture de la région épigastrique signalée par CODMAN, ce sont des signes de moindre valeur et très inconstants.

POINT CERVICAL GAUCHE. — Le Professeur CHAUFFARD a montré parmi les douleurs irradiées de la lithiase biliaire la présence d'un point phrénique droit.

Notre Maître, M. le Professeur Agrégé CADE et G. PARTURIER, étudiant les maladies du tube digestif, ont vu qu'au point phrénique ou plutôt cervical droit, correspondant à un état pathologique du foie, on pouvait opposer un point cervical gauche, en rapport possible avec une lésion gastro-duodénale. On le recherche en exerçant une pression normale au plan transversal du corps, immédiatement au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs sternal et claviculaire du sternomastoïdien. On le provoque tantôt par une pression superficielle, tantôt, et c'est le plus souvent, par une pression appuyée et profonde qui peut intéresser, à la fois, le phrénique, le pneumo-gastrique et peut-être le grand sympathique. Sa constatation, pour avoir de la valeur, doit être nette, prédominer ou exister exclusivement à gauche, car, chez des névropathes et des coelialgiques à points abdominaux multiples, on trouve souvent un point douloureux cervical bilatéral et sensiblement égal des deux côtés. L'administration d'un lavement d'antipyrine, nous l'avons déjà signalé, atténue ou fait presque disparaître ces points névropathiques.

La constatation d'un point cervical gauche ne permet pas de conclusion sur la nature de la lésion causale, ulcus, cancer, bride péritonéale. Inversement, ce point peut, quoique assez tardivement, disparaître dans la phase d'amélioration ou d'accalmie.

« Il s'agit en somme d'un signe de présomption ou d'orientation, qui a une valeur indicative réelle et apporte un appoint non négligeable à la discussion » (CADE et PARTURIER).

POINTS LOMBAIRES. — Quant aux points lombaires, auxquels SCHMIDT accorde une certaine valeur diagnostique, ils paraissent moins importants.

La pression rachidienne détermine beaucoup plus rarement que dans l'ulcus gastrique une sensibilité anormale et, d'ailleurs, un peu plus basse au niveau des deux premières vertèbres lombaires (DELAGENIÈRE).

Il en est de même de la pression dorsale, bien qu'on puisse parfois localiser un point douloureux à droite de la colonne vertébrale.

EN RESUME. — 1° La douleur chez les ulcéreux duodénaux peut être provoquée au POINT CLINIQUE DUODÉNAL, qui est situé au milieu d'une ligne ombilico-dixième côte : l'ombilic étant théorique et représenté par le milieu de la distance qui sépare les crêtes iliaques. La palpation doit être unidigitale et se faire par une pression normale, douce, progressive et profonde.

2° Dans les cas difficiles, le SIGNE D'UNE DOULEUR A LA PRESSION AU POINT VÉSICULAIRE, NON MODIFIÉE PAR L'INSPIRATION, permet d'attribuer au duodénum plutôt qu'à la vésicule la douleur provoquée.

3° Un diagnostic incertain d'ulcus duodénal peut

être confirmé par l'administration de la BELLADONE, si le point douloureux est atténué, alors que l'antipyrine et l'opium n'ont eu sur lui qu'un effet nul ou presque nul.

4° LA TENSION LOCALISÉE DU VENTRE SUPÉRIEUR DU MUSCLE GRAND DROIT associée à d'autres signes d'ulcus duodénal a une réelle valeur séméiologique.

5° La constatation d'un POINT CERVICAL GAUCHE a une valeur indicative importante comme signe de présomption d'une lésion gastro-duodénale.

CHAPITRE III

La Douleur dans les formes atypiques des Ulcus duodénaux.

Les difficultés de diagnostic.

Nous avons dit, au début de cette étude, que les difficultés de diagnostic subsistent, malgré les progrès de la radiologie gastro-duodénale, et aussi en dépit des méthodes d'exploration proposées ces dernières années.

De tous les viscères, le duodénum est celui dont la symptomatologie est la plus instable et la plus variée. Profondément situé, il est entouré et recouvert d'organes à réaction violente (pylore, pancréas, cholédoque, vésicule biliaire), dont les affections risquent de lui être attribuées, si l'on pense à lui, et qui peuvent emprunter sa symptomatologie dans le tableau clinique, comme il arrive le plus souvent.

Aussi, il importe d'insister sur les nombreuses difficultés de diagnostic de l'ulcus duodénal.

Les formes atypiques, très fréquentes, offrent au clinicien des difficultés, évidemment encore bien plus considérables que les formes typiques. Notre maître, M. le Professeur Agrégé CADE, a insisté sur ce point au Congrès de Médecine de 1922. Il importe de bien connaître ces causes d'erreur, pour que le diagnostic ne s'égare pas dans les directions les plus divergentes de la clinique. Les crises douloureuses, quand elles sont nettement abdominales, comme il arrive dans ces ulcus, peuvent simuler tous les grands syndromes. (

M. CÉTINGER fut un jour appelé auprès d'un peintre en bâtiment muni d'un liseré saturnin des plus nets et dont la colique de plomb prenait une allure inquiétante; il s'agissait d'un ulcus duodénal terminé par perforation.

G. PARTURIER signale une malade dont les troubles digestifs, ayant débuté à la ménopause, étaient devenus extrêmement douloureux. Elle se plaignait de douleurs atroces, trois ou quatre heures après les repas, siégeant sur le rebord costal droit. Elle comparait ses souffrances au rongement d'un parasite, qui lui aurait déchiré les entrailles. Cette douleur la réveillait la nuit, en même temps qu'une sensation d'oppression. On pensa à une affection gastrique ou duodénale. Un interrogatoire, plus heureux, révéla que la sensation d'oppression accompagnait presque toutes les manifestations digestives. L'examen, à un moment plus propice, montra de l'œdème des jambes, un double souffle d'insuffisance et de rétrécissement mitral.

Dans une observation de M. LEJARS, le tableau cli-

nique était tel qu'il conduisit à une laparotomie exploratrice.

Il convient aussi de signaler que les lésions multiples de l'appareil digestif sont loin d'être exceptionnelles (DUBARD), et on conçoit que, chez ces poly-lésionnaires, un diagnostic précis soit très difficile ou impossible.

Pour être susceptible d'être ainsi méconnu, pour qu'on puisse le confondre avec des affections si disparates, l'ulcus mérite bien le nom de polymorphe, que lui applique M. CÉTTERER.

Ces difficultés diagnostiques indiquent la variété infinie des formes anormales de l'ulcus duodéal. « Pour les citer toutes, il faudrait relater toutes les observations », dit G. PARTURIER.

Les diverses formes cliniques atypiques.

Avec notre maître, M. le Professeur Agrégé CADE, nous adoptons la classification suivante des nombreuses formes de l'ulcère du duodénum.

1° LES ULCERES LATENTS qui n'ont aucune évolution appréciable cliniquement. Dans notre préambule, nous avons spécifié que, pour cette raison, nous les laisserions de côté dans notre étude. Les récentes statistiques insistent sur la fréquence très grande de cette forme. Elle est intéressante à connaître, à cause de ses complications brusques, hémorragiques le plus souvent, perforatives parfois.

2° LES ULCERES TYPIQUES que nous ne faisons que mentionner. Leurs différentes formes sont bien connues et notre deuxième chapitre en a étudié le symptôme douleur.

3° LES ULCERES COMPLIQUES (sténose, perforation) qui ne rentrent point dans le cadre de notre étude. Nous ne faisons donc que les signaler.

4° LES FORMES ATYPIQUES. Celles-ci peuvent se subdiviser :

- 1° en formes frustes,
- 2° en formes larvées,
- 3° en formes associées.

1° LES FORMES FRUSTES

Dans cette division rentrent :

- a) l'ulcus à forme purement hémorragique,
- b) l'ulcus à forme purement douloureuse.

L'ulcus à forme purement hémorragique

La caractéristique de l'ulcus purement hémorragique est l'exagération d'un des symptômes de l'ulcus simple. Les hémorragies abondantes et répétées constituent le symptôme dominant.

Un fait intéressant à noter, c'est que les ulcères qui saignent le plus sont, en règle générale, les moins douloureux.

L'ulcus à forme purement douloureuse

On a constaté que les ulcères dans lesquels la dou-

leur était de beaucoup le symptôme capital étaient ceux qui s'accompagnaient d'un minimum de dégât muqueux et d'un maximum de réaction péritonéale. Tant il est vrai que, là comme ailleurs, se réalise la grande loi sur laquelle MM. TRIPIER et PAVIOT ont si souvent insisté :

« Le péritoine est le siège de la plus grande sensibilité dans la cavité abdominale, et la douleur est fonction de son inflammation. »

Bien évidemment une partie de la douleur est conditionnée par l'ulcération elle-même et par les phénomènes spasmodiques qu'elle provoque. Mais elle ne devient vraiment intolérable que lorsque la réaction péritonéale est intense. Il est généralement admis que, lorsque l'ulcère du duodénum est douloureux, il s'accompagne de périoduodénite. C'est la forme douloureuse avec périoduodénite adhésive et déformante de MATHIEU. L'ulcus se complique de périoduodénite et de sténose par extension du processus cicatriciel.

Nous aurons à reparler de cette forme à propos d'une de nos observations, lorsque nous étudierons les ulcus tabétiformes.

2° LES FORMES LARVÉES

Les formes larvées (larva, masque) englobent celles où un symptôme, étranger au type généralement observé, met comme un masque sur la physionomie habituelle de la maladie. Elles sont nombreuses. On peut les diviser en 5 groupes, qui sont les formes les plus courantes :

- a) la forme pseudo-hépatique,
- b) la forme pseudo-appendiculaire,
- c) la forme gastrique,
- d) la forme intestinale,
- e) la forme pseudo-tabétique.

Ce sont ces formes larvées que nous étudierons en détail.

Leur principal intérêt réside dans les difficultés de diagnostic qu'elles soulèvent. Nous les envisagerons surtout au point de vue des modalités de la douleur, qui, seules, nous intéressent pour l'étude que nous poursuivons.

3° LES FORMES ASSOCIÉES

Ces formes peuvent être nombreuses et variées. Les plus courantes sont :

- a) *cholécystite et ulcus duodéal,*
- b) *appendicite et ulcus duodéal,*
- c) *pancréatite et ulcus duodéal,*
- d) *tabès ou méningo-radiculite et ulcus duodéal,*
- e) *cancer et ulcus duodéal.*

L'étude de ces dernières formes d'ulcus sort du cadre de notre travail. Nous retrouverons pourtant certaines de ces formes dans l'étude des formes larvées que nous allons faire et nous noterons, pour le symptôme douleur, les signes communs et les signes différentiels de ces affections.

5° A ces formes, il faut ajouter quelques CAS EXCEPTIONNELS :

— Ulcus duodéal donnant lieu à des douleurs in-

tercostales et thoraciques et faisant croire à une tuberculose pulmonaire (CETTINGER).

— Ulcus duodénal se traduisant uniquement par une douleur dorsale, considéré et traité tout d'abord comme un mal de Pott (CAUSSADE).

— Saturnin, dont les crises abdominales, considérées comme des coliques de plomb, relevaient en réalité d'un ulcus duodénal, qui se termina par perforation.

La Douleur dans les formes atypiques larvées.

I. — LES FORMES PSEUDO-HEPATIQUES (1)

Les difficultés du diagnostic, entre ces formes pseudo-hépatiques d'ulcus duodénal et la cholécystite, ont été signalées par la plupart des cliniciens. Ces formes sont très nombreuses. Ce sont des ulcus avec douleurs et irradiations vers la droite, et parfois à l'épaule droite, avec même possibilité d'ictère. Ils peuvent facilement simuler la colique hépatique. G. PARTURIER dans sa statistique trouve cette forme dans 75 0/0 de ses ulcus du duodénum.¹

Signes communs. — Les deux affections ont des signes douloureux communs :

LES CRISES DOULOUREUSES. — Dans les deux cas,

(1) Pour l'étude de la douleur dans plusieurs de ces formes atypiques larvées, nous nous sommes souvent inspirés de l'article de G. Parturier, paru dans la Revue de Médecine de 1912, sur l'U.D.D.

l'évolution est analogue par crises. Mais, entre les crises, le retour à la santé est bien plus évident chez l'ulcéreux duodénal que chez le lithiasique.

L'HORAIRE DES DOULEURS. — Dans les deux cas, il y a possibilité d'un même horaire de douleurs. La lithiasie biliaire, comme l'ulcus duodénal, peut s'accompagner de douleurs tardives.

FAIM DOULOUREUSE. — Elle existe dans les deux cas. Pourtant, elle n'est pas la règle absolue dans les formes de l'ulcus duodénal de la deuxième portion.

Le Professeur GILBERT a signalé la fringale des lithiasiques. En général, semble-t-il, les lithiasiques biliaires n'éprouvent qu'un soulagement assez court, si on le compare à celui des ulcéreux dans les mêmes conditions.

MÊME ÉTAT DYSPEPTIQUE AVEC FLATULENCE, CONSTIPATION. — Pourtant cet état bien connu chez les hépatiques et les lithiasiques, n'existe qu'à un stade tardif de leur évolution chez les ulcéreux du duodénum. Au début de leur maladie, ces derniers n'ont aucun trouble digestif marqué.

DOULEURS SPONTANÉES DANS L'HYPONCHRE DROIT. — C'est la règle dans les deux affections.

POSSIBILITÉ D'IRRADIATIONS DOULOUREUSES semblables vers l'épaule droite, dans les deux cas.

CONTRACTION DU GRAND DROIT, aussi dans les deux cas.

ICTÈRE. — Dans les deux affections, on peut observer de l'ictère, qui n'est pas un signe nécessaire de lésion hépatique ou biliaire. D'ailleurs, la coexistence d'une cholécystite et d'un ulcus duodénal n'est pas une exception.

Signes différentiels. — Par contre, outre les signes radiologiques et les épreuves de laboratoire, que nous laissons volontairement de côté, il existe des signes cliniques différentiels assez nets entre les deux affections. Nous ne retiendrons que les signes douloureux qui sont les plus importants. Par eux un diagnostic peut être précisé.

NAUSÉES. — Comme le fait souvent remarquer M. CÆTINGER, la nausée est un phénomène assez rare en pathologie gastrique. Tout au moins, les ulcéreux gastriques ou duodénaux ne l'éprouvent presque jamais. Les duodénaux, en particulier, sont des hyperpeptiques et, comme tels, pèchent plutôt par excès d'appétit. En général, leur faim impérieuse se poursuit pendant une partie notable du repas, et, dans les premières phases de leur maladie tout au moins, ils ressentent un véritable bien-être pendant le repas et dans les heures qui le suivent immédiatement. Les cholélithiasiques ont un sort moins enviable en apparence : s'ils ont des fringales qui les font dévorer précipitamment les premiers plats, ils sont vite rassasiés, et, à la fin du repas, des sensations pénibles apparaissent : lourdeur, ballonnement, asthénie, qu'accompagne souvent un état nauséux.

DOULEUR. — 1° SPONTANÉE. — Si la douleur de l'ulcus duodénal peut emprunter la plupart des caractères de la douleur vésiculaire, l'irradiation à l'épaule et à l'omoplate droite gardant cependant une certaine valeur, on peut, semble-t-il, trouver dans les circonstances qui l'influencent un élément de différenciation.

a) *Alimentation*. — La difficulté de faire ingérer au cholélithiasique quoi que ce soit est classique. Aussi est-il de règle de les mettre à la diète hydrique le premier jour, puis de ne tenter l'alimentation lactée que sous un mode très fractionné. A cette intolérance on peut opposer la sédation si remarquable des douleurs par l'alimentation. Nous avons suffisamment insisté à ce sujet dans notre chapitre sur la douleur dans les ulcus duodénaux typiques.

b) *Alcalins*. — Nous avons signalé, en outre, que les alcalins soulagent tout au moins les troubles dyspeptiques, la douleur spontanée des ulcéreux duodénaux. Rien de semblable chez le lithiasique, pour qui tout aliment, tout médicament, ne fait ordinairement qu'augmenter les douleurs.

2° PROVOQUÉE. — a) *Belladone*. — Qu'il s'agisse de crise vésiculaire ou duodénale, le malade ne pourra que bénéficier de l'administration de l'opium, sous la forme de lavement laudanisé préconisé par le Professeur GILBERT. Grâce à lui, la paroi se décontractera et la palpation sera possible. On pourra préciser davantage les points douloureux. En outre, le point vésiculaire s'atténuera d'abord, et même disparaîtra, mais le point duodénal persistera, car l'opium calme moins les douleurs de l'ulcus duodénal. Par contre, si on administre de l'extrait de belladone, la vésicule sera peu influencée, alors que la douleur duodénale s'atténuera (CADE et PARTURIER).

b) *Douleur inspiratoire*, à la pression au point vésiculaire.

Nous ne reviendrons pas non plus sur ce point si caractéristique. Dans les cas ordinaires, cette manœuvre de compression de la vésicule entre le doigt explorateur et le foie par la poussée inspiratoire tranchera la question vésiculaire.

c) *Points cervicaux.* — Le point cervical droit (CHAUFFARD) est, comme nous l'avons vu, en faveur de la cholécystite; le point cervical gauche (CADE et PARTURIER) en faveur de l'ulcus duodénal. Il a une certaine valeur.

II. — LES FORMES PSEUDO-APPENDICULAIRES

Entre l'ulcus duodénal et l'appendicite, les localisations réciproques de la douleur spontanée et de la douleur provoquée sont normalement déjà assez voisines pour que le diagnostic puisse être hésitant. (Voir thèse de Pierre LECLERC.)

Par ailleurs, la tendance exagérée, que l'on a toujours à diagnostiquer l'appendicite en cas de douleurs abdominales, peut faire plutôt porter le diagnostic d'appendicite chronique, que commettre l'erreur inverse (HOUDARD).

Pourtant, l'appendicite peut s'accompagner de gastralgies réflexes, qui orientent le diagnostic vers un ulcus gastrique ou duodénal, ce qui rend le problème singulièrement embarrassant. D'autre part, un ulcus duodénal ptosé peut provoquer, comme l'ont signalé LEVEN et BARRET, des points douloureux dans la fosse iliaque droite et même un point de MAC BUR-

NEY. La coexistence d'ulcus duodénal et d'appendicite est assez fréquente. Il faut le bien connaître. Lorsque le tableau clinique aura fait naître le moindre doute sur la possibilité de lésions associées, il sera bon d'orienter l'acte chirurgical de telle sorte qu'on puisse s'assurer de l'état des organes suspects.

Signes douloureux communs. — Entre les deux affections existent des signes communs. Résumons-les :

— La douleur peut apparaître sous forme de crises récidivantes (P. LECLERC).

— La douleur peut être maxima dans le côté droit de l'abdomen; le foyer peut même en être assez élevé dans les appendicites sous-hépatiques. Même sensation de brûlure, de tension, de déchirement.

— Troubles gastriques, qui peuvent être analogues (dyspepsie appendiculaire) et consister (LECLERC) en : douleur épigastrique, exacerbée parfois périodiquement, éructation acide, augmentation de l'acidité du suc gastrique.

Signes douloureux différentiels. — Nous pouvons trouver des signes différentiels dans l'étude de la douleur pour les deux affections.

DOULEUR SPONTANÉE. — La douleur de l'appendicite même atypique dans son foyer d'éclosion a généralement des irradiations basses, ce qui, dit PATERSON, est symptomatique de lésions appendiculaires : hypogastrique si l'appendice est pelvien, lombo-iliaque s'il est resté rétro-cæcal.

La douleur spontanée de l'appendicite, contraire-

ment à la douleur spontanée duodénale, n'apparaît guère en rapport avec l'horaire des repas.

Elle n'est pas influencée par l'administration de bismuth ou d'alcalins.

DOULEUR PROVOQUÉE. — Elle est généralement localisée dans la fosse iliaque droite, où la pression douce, progressive, profonde, du doigt va la réveiller avec les mêmes caractères et les mêmes irradiations que la douleur spontanée.

Les points de MAC BURNEY, de LANZ, de MUNRO, sont les plus connus. Le signe de ROVSING, recherché suivant la méthode de WALTHER, est intéressant à connaître; c'est de la palpation à distance : la main, appliquée à plat sur la partie médiane et gauche de l'abdomen, refoule les gaz intestinaux dans la partie droite du colon et du cæcum; il s'ensuit une douleur dans le cas d'appendicite. On pourra s'aider de la méthode de JAVORSKI et LAPINSKI: le malade soulève la jambe droite de façon à tenir son pied à 15 centimètres au-dessus du plan du lit; dans cette position, le psoas contracté forme un plan dur, sur lequel il est plus facile de palper l'appendice. Dans la méthode de BERTHOMMIER, le malade est placé dans le décubitus latéral gauche; le mouvement de la masse abdominale, obéissant aux lois de la pesanteur, fait que le point de MAC BURNEY devient quelquefois douloureux, alors qu'il était insensible dans le décubitus dorsal.

III. — LES FORMES GASTRIQUES

Ce sont les ulcus du genu-superius et de la fin de la première portion qui prennent le plus souvent une apparence gastrique. Ceux de la partie initiale de la première portion déterminent le syndrome de l'ulcus gastro-duodéal avec pyloro-spasme.

Cette forme gastrique est très particulière; elle fut englobée par les Anglo-Américains avec les ulcus duodéno-pyloriques. C'est elle qui réalise le mieux le syndrome hyperchlorhydrique avec faim douloureuse, qui s'atténue considérablement avec les ulcus plus bas situés.

Avant d'être un ulcéreux du duodénum, le malade est longtemps, en général, un hyperchlorhydrique d'une part; et, d'autre part, l'ulcus duodéal peut s'accompagner longtemps de symptômes tellement discrets, que tous les auteurs attribuent une grande importance à la forme latente et à la forme à type banal sensitivo-moteur, qui peut dissimuler un ulcus duodéal (ulcus dissimulés de LOEPER).

MONPROFIT écrit : « Chez les malades à dyspepsie hyperchlorhydrique, nous n'avons pas trouvé de lésions de l'estomac, ni du pylore. Nous avons fait la gastro-entérostomie et les malades ont guéri. Il s'agissait d'ulcère du duodénum. »

HOUDARD cite 10 cas, sur lesquels cinq fois il s'agissait d'ulcus duodéal latent et cinq fois on trouvait de très vagues troubles gastriques.

Les observations d'hémorragie intestinale foudroyante, ou de péritonite par perforation, révélant un ulcus du duodénum jusqu'alors insoupçonné, sont nombreuses.

Aussi, dans ces formes gastriques si nombreuses, ne faut-il point laisser de côté l'exploration du duodénum. C'est avec minutie qu'il faut rechercher quelque symptôme. La recherche de la douleur au point clinique duodénal peut être de quelque secours. Mais il ne faut guère y compter, car il est possible qu'un ulcus duodénal pousse la latence jusqu'à ne donner à la pression même appuyée aucune douleur. C'est ce qui arrive chez grand nombre de malades, quand leur phase d'accalmie est assez longue, ou quelque temps après la gastro-entérostomie.

Pratiquement, c'est surtout *avec l'ulcus gastrique et spécialement avec l'ulcus de la petite courbure* que le diagnostic de ces formes d'ulcus duodénal pourra se poser.

Effectivement, c'est de l'ulcus de la petite courbure que l'ulcus duodénal se rapproche le plus. Dans les deux affections, il peut exister des hémorragies occultes fécales, les vomissements sont rares, le contenu gastrique est hyperchlorhydrique. Quant à la douleur, elle peut être tardive dans l'ulcus de la petite courbure et, comme dans l'ulcus duodénal, les caractères peuvent être semblables : brûlures, torsion, déchirement, et parfois la douleur peut être calmée par l'alimentation.

Pourtant, parmi ces SIGNES DOULOUREUX, il en existe d'assez nettement DIFFÉRENTIELS dans l'ulcus gastrique :

La douleur spontanée est plus localisée au creux épigastrique. Le point duodénal manque. Souvent il existe, par contre, un point douloureux à la pression à gauche de l'épigastre.

Les irradiations sont dorsales, transfixiantes et de préférence à gauche de la 4^e à la 10^e vertèbre dorsale.

Dans l'ulcus gastrique, l'alimentation calme instantanément la douleur, un estomac qui sécrète cessant de se contracter (RAMOND).

Dans l'ulcus duodénal, au contraire, la disparition de la douleur n'est pas instantanée ; il y a un temps perdu de 5 à 15 minutes pendant lesquelles la douleur s'atténue avant de disparaître.

La palpation révèle dans l'ulcus gastrique :

a) une zone sensible à gauche de la ligne médiane (MATHIEU, J.-C. ROUX, P. DUVAL),

b) une contracture localisée du muscle grand droit du côté gauche,

c) le point xyphoïdien de CRUVEILHIER, situé immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde et qui, pour RAMOND, traduit le plus souvent la souffrance de la partie supérieure de l'estomac,

d) le point sous-costal gauche de RAMOND, à la hauteur de la 9^e côte.

IV. — LES FORMES INTESTINALES

Cette forme intestinale de l'ulcus du duodénum est peu fréquente. Elle peut s'accompagner de spasmes, coliques et de ténésme rectal.

Le diagnostic est relativement facile, bien que la colite, assez fréquente, puisse s'accompagner des signes principaux de l'ulcus duodénal : douleur à droite, troubles gastro-intestinaux et même réaction de Meyer. Un spasme segmentaire du côlon transverse

peut même localiser les symptômes dans la région duodénale.

Mais les alternatives de constipation et de diarrhée, la douleur sur le trajet du côlon, le météorisme intestinal souvent considérable, « en cadre », surtout marqué à droite dans la région du cæcum et du côlon ascendant, le clapotage intestinal, sont des signes différentiels assez nets, le plus souvent. C'est surtout l'alternance des segments dilatés et des segments spasmodés qui peut orienter le diagnostic.

Dans les cas embarrassants, PARTURIER propose la palpation prolongée, qu'il pratique de la manière suivante : « le malade est étendu et en résolution musculaire; il faut se placer à droite du malade; la main gauche, comme dans le procédé de CHAUFFARD pour la palpation du foie, se glisse dans le flanc et le soutient fortement, tandis que la main droite se place dans la région sous-hépatique. Elle pénètre le plus profondément et attend. Souvent, en cas d'entéro-côlite, on perçoit ainsi les ondes contractiles de l'intestin malade, ou tout au moins les alternatives de contraction et de relachement de l'anse colique palpée et doucement massée. »

Malheureusement la coexistence de l'ulcus duodénal et de l'entéro-côlite muco-membraneuse n'est pas rare. PARTURIER en a signalé un cas impressionnant (*Rev. de Chirurgie*, 1918). MATHIEU a observé des côlites précédant l'ulcus, des ulcus se développant parallèlement à la côlite et enfin des côlites survivant aux ulcus.

V. — FORMES PUREMENT ET VIOLEMMENT DOULOUREUSES : L'ULCUS TABETIFORME

L'*ulcus duodénal typique* n'a comme caractère habituel, disions-nous, qu'une douleur, parfois peu intense, un simple tiraillement, plus souvent assez forte : c'est alors tantôt une cuisson, une brûlure, tantôt une sensation de rongement, de déchirure. Et nous ajoutions : elle peut atteindre un degré tel qu'elle oblige le malade à s'aliter.

Dans notre classification des formes cliniques atypiques, nous admettons, en outre, une *forme fruste purement douloureuse*. Dans celle-ci, la douleur est le symptôme capital, qui prédomine à l'exclusion de tout autre, soit qu'elle se trouve conditionnée par l'ulcération elle-même ou par les phénomènes spasmodiques qu'elle provoque, soit qu'elle soit l'expression d'une réaction péritonéale. La violence de la douleur peut, dans cette forme, être d'une intensité bien plus grande que dans les ulcus typiques. Mais les signes particuliers de la douleur ne disparaissent point et sont pour ainsi dire appréciables. L'horaire, la durée, le siège, la propagation de la douleur, les modifications apportées, par la position, par l'alimentation, par les médicaments, les crises paroxystiques périodiques, les différents points de la douleur provoquée, tous ces signes peuvent encore être notés.

A côté de ces ulcus purement douloureux, il est certains ulcus duodénaux dont l'expression clinique douloureuse a une violence, une exacerbation telle, que tous les autres signes sont grandement atténués, disparaissent même et, à première vue, ces ulcus peu-

vent en imposer pour une crise viscéralgique du tabès. C'est la *forme larvée pseudo-tabétique*.

Cette forme est très rare et de diagnostic très difficile. MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT, au Congrès de Médecine d'octobre 1922, en rapportent un seul cas sur 550 que comprend leur statistique. « Une femme de 27 ans avait des douleurs « à se rouler par terre ». La crise persistait cinq, six ou huit jours. La malade ne pouvait rien supporter, sans cependant que les vomissements soient très abondants. Elle souffrait plus qu'elle ne vomissait. Elle eut eues crises à six semaines d'intervalle. L'amaigrissement fut de 15 kgs. L'ulcus était situé au niveau de la paroi postérieure de la première portion du duodénum. Détail intéressant : le contrôle anatomique a montré l'intégrité des cordons postérieurs ».

Enfin, toujours dans notre classification, nous avons situé parmi les *formes associées* : celle de l'*ulcus duodénal et du tabès ou de la méningo-radiculite*. Compliquant le tableau de cette affection douloureuse déjà complexe, l'autre vient se surajouter et mêler ses symptômes.

Ces trois formes douloureuse atypiques d'ulcus duodénal — FORME PUREMENT DOULOUREUSE — FORME PSEUDO-TABÉTIQUE — ULCUS ET TABES ASSOCIÉS — semblent très proches cliniquement et risquent fort d'être prises l'une pour l'autre.

Mais, comme le disent MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT dans leur rapport au Congrès de Médecine de 1922, il faut considérer que, dans la forme larvée pseudo-tabétique, « il ne faut pas faire rentrer, comme une modalité tabétiforme, tout ulcus présentant, par

périodes, des crises douloureuses violentes avec vomissements, séparées par des intervalles de santé plus ou moins parfaite. Dans ces conditions, n'importe quel ulcus, comme le font remarquer SAVIGNAC et ALIVISATOS, pourrait être rangé dans cette forme tabétique, pour peu que le début de la crise soit brutal, sa terminaison brusque, les périodes intercalaires plus rapides et le sujet plus nerveux ; ce qui le porte à exagérer ses souffrances. Pour qu'on puisse parler de forme tabétique, il faut non seulement que le malade soit pris brusquement, en pleine santé et sans cause apparente, d'une crise douloureuse très violente, mais encore que, l'accès terminé, il puisse vivre comme tout le monde et faire, sans aucune souffrance, n'importe quel excès alimentaire. D'ailleurs, dans la forme commune de l'ulcère, les périodes de recrudescence s'annoncent en général par quelques prodromes et se terminent par une phase d'équilibre instable, où le malade doit prendre encore toutes sortes de précautions. L'accès tabétiforme, au contraire, naît et disparaît avec la même soudaineté et, en plus d'une violence des symptômes infiniment plus grande, les paroxysmes se succèdent ininterrompus et sans horaire, pendant des heures, accompagnés de vomissements incoercibles très abondants ».

L'existence de ces formes, où les douleurs font penser à tort, pendant longtemps, à l'existence d'un tabès, sont rares et d'un diagnostic particulièrement délicat. On conçoit la difficulté, et parfois l'impossibilité, qu'il peut y avoir à faire un diagnostic exact. L'analogie peut être étroite et l'embarras du clinicien justifié.

Voici, à ce sujet, une observation typique, rapportée par MATHIEU dans ses leçons de Pathologie-gastro-intestinale (publiées par J.-C. ROUX), qui fut présentée à la Société de Neurologie, en mars 1913, par BABINSKI, CHAUVET et G. DURAND :

« Un homme de 38 ans présentait des crises brusques de douleurs gastriques, d'une durée de huit à dix jours, violentes, atroces, s'accompagnant bientôt de vomissements incessants. On n'avait relevé ni hématomèses, ni méloena. Aucune espèce de douleurs d'estomac dans l'intervalle des crises paroxystiques. BABINSKI pensa, tout d'abord, à l'existence du tabès et il fut très surpris de n'en trouver aucune espèce de signe. A l'examen radioscopique, on constata la présence d'une certaine quantité de liquide à jeun et l'estomac était un peu dilaté. Il y avait un peu de sensibilité de la région pylorique. (Remarquez ici, dit MATHIEU, la présence du liquide le matin à jeun : je ne crois pas, pour ma part, que, chez un tabétique vrai, en période de crise, on puisse trouver du liquide le matin à jeun.) On pensa, malgré les apparences, qu'il s'agissait d'un ulcus ; la gastro-entérostomie fut pratiquée par le docteur DE MARTEL et il ne parut pas douteux qu'il y eût un ulcus. Après la gastro-entérostomie, les crises disparurent ; mais ce malade mourut quelque temps après de granulie. A l'autopsie, on constata nettement un petit ulcus juxta-pylorique. »

En résumé, parmi les *formes douloureuses atypiques* de l'ulcus duodénal, nous en comprenons théoriquement trois :

1° ULCUS FRUSTE PUREMENT DOULOUREUX : le diagnostic peut être présumé en se basant sur les modalités cliniques de la douleur ;

2° ULCUS LARVÉ PSEUDO-TABÉTIQUE, pouvant simuler, par son symptôme douleur, une crise viscéralgique du tabès, de diagnostic plus difficile, nécessitant une recherche attentive des signes des deux affections ;

3° ULCUS ASSOCIÉ A UN TABÈS OU À UNE MÉNINGO-RADICULITE.

Ces différentes modalités d'ulcus se présentent rarement sous leur forme à l'état de pureté. Elles peuvent se combiner et venir jeter le trouble dans l'esprit du clinicien. Mais ces formes, qui peuvent se combiner, simuler une autre affection, sont, nous le répétons, peu fréquentes. Leur principal intérêt réside dans les difficultés de diagnostic qu'elles soulèvent.

Nous avons pu observer, dans le service de notre maître, M. le Professeur Agrégé CADE, deux ulcus duodénaux à forme purement et violemment douloureuse, que nous classons sous le nom général d'ulcus tabétiforme.

Nous relatons, ci-après, ces deux observations d'ulcus duodénal à forme pseudo-tabétique. Nous ferons l'interprétation de chacune d'elles et nous nous efforcerons de signaler les difficultés diagnostiques de ces deux cas, dont l'un peut être ramené à une forme purement et violemment douloureuse, et l'autre à une forme d'ulcus et de méningo-radiculite associée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé CADE)

RÉSUMÉ :

Ulcère vrai du duodénum (2^e portion). — Type tabétiforme : douleurs très vives, pas d'autres symptômes, pas de signe de tabès. — Gastro-entérostomie (D^r DELORE).

B..., 24 ans, horloger, entre à l'hôpital, le 21 octobre 1921, parce qu'il souffre de l'estomac et du ventre.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants ; mère névropathe ; deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole pendant son enfance ; aucune autre maladie grave ; pas d'éthylisme ; pas de spécificité ; marié : un enfant en bonne santé ; sa femme n'a pas eu de fausses couches ; mobilisé pendant la grande guerre : n'a jamais été évacué, sauf une huitaine de jours, en 1919, pour affection fébrile (température jusqu'à 40 degrés) avec quelques coliques.

Histoire de la maladie. — Début : en juillet 1919, par des sensations de malaises et de ballonnements du ventre, immédiatement après les repas. Jusqu'à cette date, aucun trouble dyspeptique.

Par la suite, les douleurs survinrent sans horaire fixe : parfois en mangeant, d'autres fois au milieu des repas, d'autres fois encore deux à trois heures après les repas.

Depuis huit mois, les douleurs ont apparu aussi la nuit.

Ces douleurs étaient caractérisées par des crises abdominales extrêmement vives, à apparition très brusque.

Le siège des douleurs est au creux épigastrique et autour de l'ombilic. Des « élancements », des irradiations se font tantôt à gauche, tantôt à droite, mais jamais dans le dos, ni dans les épaules.

Les douleurs sont si fortes, qu'elles obligent le malade à s'accroupir ou à marcher pour les atténuer. Elles surviennent par crises paroxystiques périodiques : ces crises se produisent quotidiennement pendant un certain nombre de jours, puis cessent pendant huit, quinze jours, ou deux mois, pendant lesquels le malade ne ressent aucun trouble dyspeptique.

Pendant la crise, le malade a des éructations et des renvois acides.

La fin de la crise survient aussi brusquement qu'elle s'est produite.

Jamais de fièvre, ni d'ictère à la suite de ces crises.

Pas de modifications des selles, non plus : le malade va à la garde-robe, régulièrement tous les jours ; pas de crise de diarrhée ; parfois constipation légère.

Jamais de vomissements (quelques gorgées de liquides acides seulement, venant à la bouche au moment des crises).

Jamais d'hématèses ; jamais de méléna.

Les paroxysmes douloureux se sont, ces derniers temps, de plus en plus rapprochés et intensifiés, ce qui décide le malade à entrer à l'hôpital.

Pas d'amaigrissement.

Appétit conservé.

A l'examen. — Etat général bon. Le malade paraît anxieux, préoccupé.

Poumons et cœur : rien à signaler.

Abdomen : Examiné en période de crise, l'abdomen est tendu, douloureux, impossible à palper. Aucun point ne prédomine nettement. En période d'accalmie, aucun point douloureux n'a été perçu.

Le foie et la rate sont normaux.

Les réflexes existent ; les pupilles réagissent aux deux modes ; pas de signe de tabès.

Pas de température.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Weber négatif dans les fèces.

RADIOSCOPIE. — 26 octobre 1921 : Sommet gauche un peu gris.

Estomac paraît attiré dans la région sus-hépatique ; descend jusqu'à l'ombilic ; dépasse la ligne médiane de trois travers de doigts ; paraît fixé dans la région sous-hépatique.

La traversée pylorique se fait mal.

3 novembre 1921 : La baryte, ingérée cinq heures auparavant, est encore en grande partie dans l'estomac. Celui-ci est légèrement abaissé, à un travers de doigt de la ligne bi-iliaque.

Le duodénum est resté injecté de baryte jusqu'à sa deuxième portion.

On aperçoit au-dessous de l'estomac, à gauche, de petits îlots arrêtés dans une anse du grêle. Il y a aussi de la baryte dans la partie basse du grêle.

Pas de baryte dans le cæcum.

10 novembre 1921 : INTERVENTION (Docteur DELORE). — *Laparotomie sus-ombilicale médiane.*

On trouve sur la deuxième portion du duodénum une induration considérable. Il s'agit certainement d'un ulcère calleux de cette portion. Le pylore lui-même est fixé et impossible à attirer : il paraît avoir été le siège d'un ulcère actuellement cicatrisé. On ne trouve rien sur la petite courbure.

Devant l'impossibilité de pratiquer une exérèse, on fait une large gastro-entérostomie.

RADIOSCOPIE. — 26 novembre 1921 : L'orifice de la gastro fonctionne très bien. Il est situé à la partie déclive.

INTERPRETATION. — En somme, malade à crises très douloureuses, très intermittentes, sans horaire fixe, sans relation nette avec l'alimentation, et dont l'acuité, le caractère de violence extrême rappellent une crise viscéralgique du tabès au premier examen. Dans l'intervalle des crises d'ailleurs, comme dans le tabès, on ne relève aucune douleur, aucun trouble dyspeptique.

Mais, à l'étude de son histoire clinique, on note tout d'abord que les douleurs sont courtes (elles n'ont lieu que pendant certaines heures dans la journée) et qu'elles sont répétées chaque jour, pendant la durée de la période critique, et non longues, ininterrompues comme cela a lieu ordinairement dans le tabès.

Notre malade souffrait chaque jour, sans horaire précis dans la journée, mais la douleur se répétait chaque jour. Les tabétiques souffrent pendant 5 à 6 jours par exemple, continuellement, mais non quelques heures chaque jour pendant 5 à 6 jours.

D'ailleurs, chez notre malade, aucun signe de tabès même fruste, n'existait; il était indemne, en outre, de tout antécédent spécifique.

Il semblerait donc, alors, que cet ulcus soit avant tout un ulcère à forme purement douloureuse. Cela est certain si l'on considère le cas après mûre réflexion. Mais, de prime abord, à un premier examen, la douleur pouvait en imposer, par sa violence, son acuité, pour une crise viscéralgique du tabès. Et même, tant que l'examen radioscopique n'était pas fait, on pouvait rester hésitant, n'avoir que des présomptions. L'examen sous l'écran, montrant un obstacle duodénal, vint trancher la question. L'importance de ces épreuves radioscopiques, dans ces cas difficiles, ne fait plus aucun doute et ne souffre plus de discussion.

L'observation ci-dessus est extrêmement intéressante, en ce sens qu'elle montre de combien près des accidents d'ulcus duodénal sont susceptibles de ressembler à des crises tabétiques et, surtout par cette particularité, que, en dehors des crises, le malade peut immédiatement se mettre à manger sans souffrir. Ceci serait donc en faveur de la ressemblance tabétique et ce cas se rapprocherait de la forme d'ulcus pseudo-tabétique, telle que la comprennent MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT, rapporteurs au Congrès de Médecine de 1922, dont nous signalions au début l'opinion à ce sujet.

La forme résultant de l'association de l'ulcus duodénal et d'une méningo-radiculite est peu fréquente. Les symptômes de la méningo-radiculite peuvent rester cachés et on a un tableau frappant de l'ulcus tabétiforme. Le diagnostic peut, aussi, longtemps errer ou hésiter chez ces polylésionnaires. Notre deuxième observation ci-dessous présente un cas caractéristique de cette association, qui fut longtemps méconnue.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé CADE)

RÉSUMÉ :

Depuis plusieurs années, crises douloureuses. — Appendicectomie. — Deuxième intervention; section de brides. — Amélioration. — Reprise de crises épigastriques et péri-ombilicales violemment douloureuses, par périodes. — Pas de signe de tabès. — A la radio : retard d'évacuation duodénale. — Gastro-entérostomie (Docteur DELORE): ulcus du duodénum avec brides. — Retour des crises. — Lymphocytose assez marquée du liquide céphalo-rachidien. — Amélioration par le traitement spécifique. — Dernièrement: retour des crises.

L..., 36 ans, employé de préfecture.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 65 ans. Mère en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Quatre sœurs : deux vivantes, une morte à seize ans de méningite; une morte à vingt-huit ans de bacillose.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance. Rougeole. Nie toute maladie vénérienne. A eu deux enfants, l'un est mort de coxalgie et de congestion pulmonaire à huit ans, l'autre est bien portant; sa femme est également en bonne santé.

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle a débuté en mai 1915. Le malade souffre de crises douloureuses qui durent de 10 à 15 jours. Ces crises sont séparées par le même intervalle de temps de bonne santé.

Ces crises douloureuses sont caractérisées, au début, par de la lassitude, des frissons, des sueurs; un malaise général. Puis le malade ressent des douleurs généralisées à tout l'abdomen.

Ces douleurs surviennent intenses, surtout pendant et après les selles. Après celles-ci, le malade a une sensation de vide et une grande lassitude.

A noter que le malade s'arrête de souffrir la nuit et qu'il a un sommeil normal. Il ne souffre que le jour.

Au cours de la crise, le malade restreint considérablement son alimentation, ne mangeant que quelques potages de tapioca, de semoule et de riz. Il présente des vomissements bilieux et muqueux. Les selles sont toujours normales, ne contiennent ni sang, ni glaires; elles ne sont pas diarrhéiques. A la fin de la crise, le malade perçoit des gargouillements, des sifflements, des bruits musicaux.

La fin de la crise est annoncée par une abondante émission de gaz et une débâcle urinaire importante.

Le 13 juillet 1920, le malade subit une *appendicectomie*.

Il ne souffre pas de deux mois. Puis, les crises étant réapparues, *nouvelle intervention*. On aurait sectionné des brides.

A l'examen. — Abdomen tendu (surtout à droite) mais non météorisé. La palpation même profonde ne semble pas douloureuse, pas de point douloureux.

Poumons : Aucun passé pulmonaire. Auscultation normale.

Cœur : Rien à signaler.

Système nerveux : Réflexes rotuliens normaux. Les pupilles réagissent aux deux modes, mais paresseusement.

Urines : ni sucre, ni albumine.

RADIOSCOPIE le 16 février 1921. — *Premier examen à 12 heures.* — Sommet gris. Estomac en J de dimension à peu près normale. Contractures énergiques, efficaces, mais la baryte paraît rester longtemps dans le duodénum et la première portion du duodénum est étroite.

Deuxième examen à 18 heures: Toute la baryte est dans le cæcum, mais le malade en a vomi avant l'examen une assez grosse quantité.

Le 21 février: Cinq heures après l'ingestion de la bouillie, il reste un résidu dans le bas-fond stomacal, qui déborde légèrement la ligne bi-iliaque. Le duodénum paraît très élargi, du moins dans la deuxième portion, qui apparaît légèrement dentelée et qui se prolonge par une anse plus étroite.

Le 22 février 1922: Succussion positive, trois heures et demie après l'ingestion d'un repas. Pas de douleur localisée à la pression, un peu de sensibilité dans la région épigastrique. Au moment des crises, salivation abondante.

INTERVENTION le 24 février 1922 (Docteur DELORE). — *Laparotomie sus-ombilicale*. On trouve sur la face antérieure du duodénum quelques adhérences marquées. Immédiatement au-dessous du pylore, on remarque une surface blanchâtre qui, à la palpation, montre une légère induration. Le reste du duodénum est peu épaissi; les parois de l'estomac sont à peu près normales. Le diagnostic d'ulcère est posé et on pratique une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Suture à trois plans de catgut.

A noter qu'à la suite des précédentes interventions il existe des adhérences de l'épiploon au petit bassin.

RADIOSCOPIE le 13 mars 1922. — La bouillie passe par la bouche de la gastro, mais avec une certaine lenteur. Il ne passe rien par le pylore.

Le malade est très amélioré, ne souffre plus.

Sort le 15 mars.

2 mai 1922: Retour dans le service: le malade a repris des crises douloureuses.

Du 15 mars au 14 avril, aucune douleur, aucun vomissement. Il a pu s'alimenter d'une façon suffisante avec des légumes, du pain, des pâtes alimentaires, un peu de viande blanche, sans avoir eu aucun trouble digestif. Quelques régurgitations brûlantes le soir, vers 21 heures.

Selle chaque matin, solide, précédée de quelques coliques, suivie d'un malaise général avec douleurs généralisées à tout l'abdomen, sans localisation: durée un quart d'heure environ.

Depuis le 14 avril, exagération des douleurs accompagnant

la selle matinale. Ces douleurs ne se produisent pas si le malade a eu une selle le soir. Ces douleurs surviennent sans heure fixe, entre 4 heures du matin et 9 heures. Elles commencent à la partie supérieure de l'abdomen, elles « tournent », elles « voyagent », dit le malade, passent dans les reins, provoquent un besoin de défécation presque immédiat. Aucune douleur au niveau de l'anus et du rectum. Le début se fait souvent par les reins. Durée: 3 à 4 heures actuellement. Les douleurs ont nécessité des injections de morphine.

Depuis le 14 avril, vomissement tous les deux jours assez abondants (3/4 de litre) : liquide glaireux et bilieux, jamais d'aliments, toujours le matin au cours des douleurs, trois quarts d'heure après leur début. Ces vomissements sont acides, brûlent la bouche. A deux reprises, les vomissements ont été quotidiens pendant deux jours. Depuis le 1^{er} mai, aucun vomissement; le dernier a eu lieu le 30 avril au matin. Même quantité, que les vomissements soient quotidiens ou biquotidiens. Aucune influence de l'alimentation : jamais d'aliments ingérés la veille. Cependant, si le malade reprend des aliments de suite après la crise (par exemple vers midi ou 13 heures), après la fin des douleurs, il vomit ses aliments ingérés immédiatement. Par contre, il peut prendre un repas le soir vers 16 heures sans vomir.

Pendant la crise douloureuse, urines très rares; après la crise, les urines deviennent abondantes.

De plus, absence de vents pendant la crise. Au moment du soulagement des douleurs, nombreux borborygmes, le malade fait des gaz en assez grande quantité.

A L'EXAMEN. — Pas d'amaigrissement considérable. Avait repris 4 kilos en un mois. A reperdu du poids depuis lors.

Aucun point douloureux abdominal. Ventre souple facilement palpable. Ni gros foie, ni grosse rate.

Le malade se plaint de sensations douloureuses à la base droite au niveau des dernières côtes. On trouve, à la pression de la colonne vertébrale, au niveau de la cinquième lombaire, un point douloureux bien limité, qui donne des irradiations à droite jusque dans le testicule. Ces irradiations se reproduisent quand le malade tousse ou éternue.

Pas de fièvre.

Pas de signe de tabès.

RADIOSCOPIE, 5 mai 1922. — Bouche de la gastro très visible, laissant passer des bouchées. Progression lente dans le jéjunum. Il passe très peu de chose par l'ancien pylore.

8 mai 1922 : Cinq heures après l'ingestion, la baryte est dans le grêle. Rien dans le cæcum.

Le 11 mai 1922 : Crises extrêmement douloureuses ayant duré hier de 16 h. à 17 h., aujourd'hui de 6 h. à 12 h. et ayant nécessité des injections de morphine, spasmalgine, sedol, peu calmées par ces diverses médications.

Abdomen souple pendant la crise.

Aucun signe objectif.

Vomissement aqueux, ne renfermant pas d'HCl libre.

Le 15 mai 1922 : Le malade a eu un vomissement abondant (1/2 litre) d'un liquide légèrement brunâtre. Veber et Meyer, positifs dans ce vomissement. Chimisme gastrique : pas d'HCl libre.

Le 22 mai 1922 : *Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien* montre la présence de quelques globules rouges, d'une lymphocytose assez marquée et exclusive. Albumine, 0 gr. 40 %.

Le 2 juin 1922 : Le malade se trouve mieux, ses crises se sont atténuées.

Persistance d'un point douloureux à la pression de la colonne lombaire inférieure. Le malade accuse quelques irradiations bilatérales. Pas de douleurs dans les mouvements du tronc.

Le malade sort pour quelques jours, devant revenir se faire opérer si les crises reparaissent.

A son domicile : traitement spécifique. Amélioration de ses douleurs. Dernièrement, malgré tout, les crises auraient réapparu.

INTERPRETATION. — En définitive, malade, sans antécédents spécifiques connus, souffrant depuis six ans périodiquement de crises douloureuses à durée courte, abdominales, à type gastro-intestinal ; appendicectomie d'abord, puis réopéré : on lui sectionne quelques brides ; il continue, après ces opérations, à souffrir périodiquement de la même façon ; douleurs intenses, souvent en rapport avec les selles,

vomissements bilieux et muqueux; pas de points douloureux abdominaux.

Jusqu'à cette époque, hésitation pour le diagnostic : la violence des douleurs fait songer au tabès : comme seul signe, les pupilles réagissent paresseusement; mais la périodicité des crises, leur durée courte, leur répétition régulière, font incliner vers l'ulcus. La radioscopie montrant un obstacle au passage de la baryte, un élargissement et une dentelure du duodénum, trancha la question.

L'intervention fit la preuve d'un ulcus duodénal. Le malade part très amélioré, ne souffrant plus.

Il semblait donc qu'on se trouvait en face d'un ulcus duodénal à forme pseudo-tabétique.

Mais après deux mois et demi de santé parfaite, brusquement les crises font retour. Elles sont toujours à type intestinal en rapport avec les selles, sans horaire fixe, sans siège fixe. Le malade a une intolérance gastrique absolue. Vomissements. Seules les hautes doses de morphine le calment. Et il semble cette fois que les douleurs soient continues, accompagnées de paroxysmes, avec début et terminaison brusques. Malgré tout, pas de signe de tabès. La radioscopie ne donne aucune indication. Que penser ? Un ulcus duodénal antérieur, d'un côté; pas de signe de tabès, pas de signe de spécificité de l'autre, quoique toute l'évolution de ces dernières crises plaide en faveur de crises tabétiques.

Le malade se refusait à une ponction lombaire.

Il réclamait à grands cris une intervention que lui refusa le chirurgien, ne trouvant point d'indication opératoire assez précise. Le malade enfin se décide à la ponction lombaire : l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose assez marquée et exclusive, signant une méningo-radiculite rattachable probablement à la spécificité. Traitement spécifique. Amélioration. Aux dernières nouvelles, le malade, qui était reparti chez lui, a recommencé à souffrir.

Chez notre malade, coexistaient donc une méningo-radiculite très probablement spécifique, et un ulcus duodénal. Nous soulignons cette coexistence, car la *spécificité* peut avoir une *action sur la formation de l'ulcus* duodénal comme sur celles de l'ulcus gastrique.

Il semble bien que la syphilis agisse sur des ulcus, soit par des altérations vasculaires, soit par des altérations nerveuses.

Dans certaines observations de BOUCHUT, LAMY, CADE et MORENAS, il existait à côté de l'ulcère (gastrique) des signes nets de lésions nerveuses, sous forme de gastro-radiculite, de prétabès, qui font penser que ces lésions nerveuses peuvent, à elles seules, ou par association à des lésions vasculaires, être la cause de certains ulcères tardifs, essentiellement chroniques.

CADE et MORENAS, dans un article récent, ont signalé, en outre, que des lésions périvasculaires, qui se retrouvent, il est vrai, dans la plupart des ulcus chroniques, quelle que soit leur cause, seraient particulièrement accusées dans cette forme d'ulcère spécifique.

En résumé, concluent dans leur étude à ce sujet MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT au Congrès de Médecine de 1922, la syphilis, par l'intermédiaire des lésions vasculaires qu'elle provoque, peut produire un ulcère gastrique. Les phénomènes qu'elle engendre, douleur sans horaire fixe, avec paroxysme, hyperchlorhydrie, hématomèses très abondantes, n'ont rien de très caractéristique. Un traitement d'orientation peut toujours être utilement tenté, pour autant qu'il s'appuie sur des présomptions sérieuses de spécificité; car la syphilis gastrique, qui est certainement plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois, n'atteint pas cependant la proportion que supposent certains auteurs.

Nous voyons donc combien les crises douloureuses de l'ulcus duodénal tabétiforme peuvent simuler les crises viscéralgiques du tabès.

Il convient de pouvoir éliminer, autant que possible, de ces ulcus violemment douloureux ce syndrome capable de simuler toutes les affections abdominales.

D'après PARTURIER, ce serait la forme gastralgique sans vomissements, ou la forme entéralgique de l'ulcus duodénal, qui fournirait dans ces cas matière à confusion.

Dans notre première observation c'était la forme galtralgique qui prédominait, dans la seconde la forme entéralgique.

Voyons d'abord quels sont les *signes communs aux deux affections*.

Au cours des crises tabétiques, surtout des crises intestinales, il y a possibilité de douleurs dans la région droite de l'abdomen, comme dans l'ulcus duodénal.

Les hémorragies occultes gastriques ou intestinales peuvent aussi exister dans le tabès, compliquant encore le diagnostic.

Ce sont des suffusions sanguines, dit STRAUSS, analogues aux hémorragies sous-cutanées, qui peuvent suivre les douleurs fulgurantes.

Nous avons dit que c'était dans l'étude des crises douloureuses qu'il faut rechercher des *signes différentiels* en faveur de la nature tabétique de l'affection.

En effet, dans les crises douloureuses tabétiques, il semble que le début et la terminaison soient plus brusques que dans les crises duodénales.

Cette raison est bien faible et la brusquerie d'apparition et de terminaison existe aussi dans l'U. D. Notre première observation est caractéristique.

La crise surgirait sans cause au début, dans la crise tabétique, alors que froid, fatigue, surmenage, écarts de régime, se retrouvent dans les antécédents des crises duodénales. Ce signe non plus n'est point net.

Quant à la localisation de la douleur, il semble que l'on puisse trouver un élément de discrimination : elle est moins localisée chez le tabétique.

La douleur tabétique semble ne pas admettre de nuances : elle est d'une violence caractéristique : parfois calmée pendant quelques instants à la suite d'un vomissement ou de quelques éructations, elle ne tarde pas à reprendre toute son intensité (voir Trèse RAFINESQUE).

Une intolérance gastrique absolue, d'après RAFINESQUE, existe pendant la crise tabétique : « Toute ingestion de boisson provoque à nouveau le vomissement...; les malades, malgré leur soif vive, se privent spontanément de boire pour diminuer leurs souffrances... l'estomac se vide, les spasmes n'en persistent pas moins... c'est le vomissement sec de P. FOURNIER ».

Dans l'ulcus duodénal le vomissement et l'effort du vomissement sont rares.

Enfin les crises chez les ulcéreux duodénaux sont courtes, se répétant chaque jour pendant une certaine période, alors que le tabétique souffre d'une manière plus prolongée.

Le tabétique, une fois sa crise passée, a l'illusion de la guérison. Au contraire, on observe dans l'ulcus

duodénal une certaine persistance de quelques phénomènes douloureux, ou tout au moins de troubles fonctionnels, spécialement l'hyperchlorhydrie dans l'intervalle des crises. Ce signe est bien aléatoire. L'illusion de la guérison est notée souvent dans les ulcus duodénaux. Comme on le voit, tous ces signes différentiels ne sont que des nuances.

Le diagnostic reste bien difficile dans la plupart des cas. C'est pourquoi la recherche des signes du tabès devra se faire attentivement.

Il ne faut, d'ailleurs, pas s'attendre à trouver ces signes au complet. M. Cettinger fait remarquer que les tabès à crises viscéralgiques sont des tabès légers, frustes, parfois uniquement traduits par quelque signe oculaire (inégalité pupillaire, paresse d'une pupille à la lumière), par l'abolition ou la simple diminution du réflexe patellaire, des deux côtés ou d'un seul côté, par un début de perte d'équilibre.

Ces signes de tabès, à l'état d'ébauche, pourront orienter le clinicien vers un diagnostic plus précis. A ces signes viendront s'ajouter le poids d'une localisation méningée du tréponème, manifestée par une légère leucocytose du liquide céphalo-rachidien ; c'est un point important qu'il importe toujours de rechercher. Notons encore une localisation vasculaire du tréponème par les signes d'une aortite, enfin l'hypertrophie de certains ganglions : aïne, région cervicale.

Le ganglion épitrochléen paraît avoir une réelle valeur, de même que la constatation d'une leucoplasie buccale ou linguale.

Enfin, répétons-le, il faut penser que l'ulcère duo-

dénal peut se produire chez un tabétique et mêler alors ses symptômes à ceux des crises gastriques. Ce double diagnostic donnera lieu, comme on peut le prévoir, à de grandes difficultés. Il a une importance considérable dans la discussion de l'intervention chirurgicale que comporte l'ulcus et surtout dans le pronostic à notifier à la famille.

STATISTIQUE
de quinze cas d'ulcus duodénal
contrôlés chirurgicalement
au cours de ces trois dernières années dans le Service
de M. le Professeur-Agrégé CADE, Hôtel-Dieu, Lyon.

DOULEUR SPONTANÉE

Mode de début :

A forme sensitivo-motrice	9
A forme douloureuse pure	4
A forme à grande crise	2

Horaire de la douleur :

Première heure	1
Deuxième heure	1
Troisième et quatrième heures	1
Sans horaire fixe	5

Dans 3 cas, la coexistence de crises nocturnes a été notée.

Durée de la douleur :

2 heures	1
3 heures	2
4 heures	2
5 heures	2
6 heures	2
Sans durée fixe	5

Caractères :

Douleurs d'intensité faible	2
Douleurs d'intensité assez forte	6
Douleurs d'intensité forte	5
Douleurs d'intensité très forte, tabétiforme	2

Influence de la position :

Notée : dans un seul cas, la station accroupie.

Siège de la douleur :

Région épigastrique : 14 fois.

Propagation de la douleur :

A l'hypocondre droit	2 fois
A la région dorsale	4 fois
A la région lombaire	2 fois
A tout l'abdomen	1 fois
Variables	2 fois

Modification par l'alimentation :

Soulagée par l'alimentation	1 fois
Non modifiée par l'alimentation	9 fois
Rapport de la douleur et de l'alimenta- tion, non signalé	5 fois

Périodicité de la douleur :

Douleurs périodiques	9 fois
Douleurs non périodiques	2 fois

Dans 4 observations l'évolution des crises n'est pas indiquée.

DOULEUR PROVOQUEE

Au point clinique duodéal: 9 fois.

Un point à la région coeliaque côté gauche fut noté 1 fois;
au point de Mac Burney, 1 fois.

Un point sous le rebord costal gauche : 1 fois,

Au point cervical gauche: 5 fois nettement.

Un point bilatéral fut noté 1 fois. Un point cervical droit,
1 fois.

Contracture du ventre supérieur du grand droit: 3 fois.

Au point lombaire droit: 1 fois.

Calmée par la belladone: 1 fois nettement.

CONCLUSIONS

L'étude de la douleur dans l'ulcus duodénal fournit des présomptions très intéressantes pour le diagnostic que viendront confirmer ensuite les explorations chimique, coprologique et radiologique.

Dans les formes typiques de cet ulcus, la douleur siège habituellement à l'épigastre, est assez violente, survient 3 ou 4 heures après les repas, s'irradie souvent dans le dos, parfois de préférence à droite, est atténuée ou calmée par l'ingestion alimentaire, se reproduit par périodes plus ou moins longues.

La douleur provoquée à la pression à droite de l'épigastre, le long du trajet duodénal, est une présomption en faveur de l'ulcus. Cette localisation devra être contrôlée par la radioscopie. Il sera parfois difficile de différencier la duodénalgie de la douleur d'origine vésiculaire.

La constatation d'un point douloureux cervical (à la pression entre les deux chefs du sterno-cleïdo-mastoïdien) à gauche, a une valeur indicative intéressante en faveur d'une lésion gastro-duodénale.

Certains ulcères duodénaux se présentent sous une forme fruste purement douloureuse, ou encore sous

une forme larvée revêtant les types hépatique, appendiculaire, gastrique ou intestinal.

Une modalité larvée très intéressante, mais assez rare, est l'ulcus tabétiforme, dont les crises douloureuses rappellent la crise gastrique ou gastro-intestinale du tabès.

Dans quelques cas exceptionnels, dont nous citons un exemple, cette modalité est créée par l'association à l'ulcus duodénal d'un tabès fruste ou même simplement d'une méningo-radiculite chronique.

Cette association, qui soulève la question des rapports de l'ulcus duodénal et de la syphilis, crée des difficultés diagnostiques considérables.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROQUE.

Vu :

LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie de l'ulcère du duodénum est actuellement si considérable que nous ne songeons à donner ici que les travaux qui ont pu être utilisés dans ce travail, les travaux anciens principaux et les travaux récents qui traitent de l'ulcère simple du duodénum.

On trouvera des indications complémentaires dans les thèses de COLLIN (Paris 1884), P. MEULLE et BAISOU (Paris 1912), HOUDARD (Paris 1913), CAILLÉ (Paris 1913), MARTIN (Lyon 1913), et dans les rapports de MM. RICARD et PAUCHET (XXVIII^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1910) et de MM. SALOZ, CRAMER et MOPPERT (XVI^e Congrès de Médecine, Paris, Octobre 1922).

ANTOINE. — Etude clinique radiologique de l'U. D. D. *Rev. génér. Gazette des Hôpitaux*, 1921, n° 23.

AVIERINOS Georges. — Quelques points douloureux de l'abdomen. *Thèse*, Montpellier, 1922.

BAISOU D. — Contrib. à l'étude de l'U. D. D. *Thèse*, Paris, 1911-1912.

BONORINO UDUADONDO. — Le reflex bilio-pancréatique dans le diagnostic de l'U. D. D. *Archiv. des Mal. de l'app. dig.* Paris, 1919.

BOUSSEAU G. — Contrib. à l'étude clin. et thérap. de la perfor. aiguë de l'U. D. D. *Thèse*, Paris, 1913.

BUCQUOY. — *Archives générales de Médecine*, VII^e série t. XIX, p. 398, 526, 698, 1887.

CADE. — *Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.*

CADE et GOYET. — *Revue internationale de Méd. et de Chir.*
n° 9, 1912.

— *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 21 janvier 1913.

CADE et PARTURIER. — Les points douloureux de la base du
cou et leur valeur séméiologique dans les affections
abdominales. *Revue de Médecine*, 1919, p. 495.

CADE et ROUBIER. — *Archives des maladies de l'appareil diges-
tif*, 1915.

CADE et PARTURIER. — Traitement médical de l'U. D. D. *Bull.
Général de Thérapeutique*, Paris, 1918-1919,

— Séméiologie de l'ulcus duodénal non compliqué.
Etude critique. *Journal médical français*, Paris, 1919.

CADENAT. — Ulcère double du duodénum avec perforation.
Société Anatomique de Paris, 1920.

CAILLE. — *Thèse*, Paris 1913-1914. Diagn. clinique de l'ulcère
de l'estomac et de l'U. D. D.

CARNOT, HARVIER, MATHIEU. — Les ulcères digestifs, 1922.

COLLIN. — L'ulcère simple du duodénum. *Thèse de Paris*,
1894.

COUTURIER. — *Thèse*, Lyon, 1919-1920. Séméiologie des points
douloureux cervicaux dans les affections de l'étage
supérieur de l'abdomen.

DELUNA. — *Marseille Médical*, juillet-août 1921.

DUBARD. — *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1918. Ulcère gastro-
duodénal et appendicite (signe du pneumogastrique).

DURAND G. — La valeur séméiologique des douleurs tardives.
Progrès médical, 1914.

— *L'Hôpital*, 1921, n° 59. L'U. D. D.

DURIEUX et PARTURIER. — Ulcus avec ptose du duodénum.
Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1919 (966-968).

ENRIQUÉZ, BINET et G. DURAND. — *Presse Médicale*, 9 juil-
let 1921. Les crises gastro-vésiculaires.

ENRIQUEZ et Gaston DURAND. — Rapport au XVI^e Congrès de
Médecine, octobre 1922.

- FERRAN. — *Revue Générale Gazette des Hôpitaux*, 1911.
- FRIEDENWALD. — Etude clinique de 1000 cas d'U. de l'estomac et d'U. D. D. *The Amer Journal of med.* d'août 1912.
- GALLAS. . . *Thèse* de Paris, 1913.
- GOSSET. — Précis de Pathologie chirurgicale, t. III, p. 428.
- GUILLAUX. — Symptomatologie et diagnostic de l'U. D. D. *Revue méd. de ther. et de biol.*, Paris, 1914.
- GUR E. — Les hémorragies aiguës au cours des ulcères de l'E. et du duodénum. *Thèse*, Paris, 1921.
- HART Carle. — Consider. sur l'U. D. D. et recherche des maladies de l'appareil digestif, 1921. 56.
- HARTMANN et LECÈNE. — Rapport au Congrès international de Chirurgie, New-York, avril 1914.
- L'Ulcère de l'estomac et l'U. D. D. *Belgique Médicale*, Gand, 1914.
- HAUDEK. — Diagnostic radioscopique des ulcères de l'estomac et du D. *Arch. des malad. de l'app. digestif*, 1921, p. 422.
- HOUDARD. — *Thèse*, Paris, 1912-1913. L'ulcère simple du duodénum (non perforé).
- JEAN G. — La périiduodénite et ses rapports avec la maladie d'Arbuthnot-Lane.
- JONAS. — A propos d'ulcus duodénal. *Le Scalpel*, 1921, n° 41.
- LADEVÈZE. — *Thèse*, 1889.
- LATRONCHE et GALLET. — U. D. D. (Hématémèse), *Bull. Soc. de la Vienne*, 1921.
- LAURENCE J. — Les faux ulcères de l'estomac et du duodénum. *Journal des Praticiens*, 1921, n° 35.
- LECLERC Pierre. — *Thèse*, Paris, 1919. Ulcus duodénal et appendicite chronique.
- LERICHE. — Des crises gastriques en dehors du tabès. *Lyon Chir.*, 1914.
- LEJARS. — Les fausses lithiases biliaires. *Semaine Médicale*, 26 novembre 1913.

LOEPER. — Le passé intestinal des U. D. D. *Progrès Médical*, Paris, 1914.

— La pylorite, *Progrès Médical*, Paris, 1919.

— Leçons de patho-digestive, 1919.

LOEPER et FORESTIER. — *Journal Médical Français*, août 1920.

MARÉCHAL Clément. — *Thèse de Paris*, 1913.

MARTIN Joseph. — *Thèse*, Lyon, 1913-1914. L'U. D. D.

MARTINET. — Diagnostic clinique.

MATHIEU A. — Contribut. à l'étude de l'ulcus duodénal vrai. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3^e série, xxx, 615.

MATHIEU A. — *Société de Chirurgie*, 1910, n^o 31 à 34.

— *Société Médicale des Hôpitaux*, n^o 33 à 34.

— L'ulcus duodénal, *Société de Chirurgie de Paris*, xxxvi, 975, 1021.

— L'ulcère vrai et invétéré du duodénum. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1910, p. 837.

— L'ulcus du duodénum. *Paris Médical*, juin 1911.

— Etude sur la path. de l'ulcus (Leçons de l'hôpital Saint-Antonin, publiées par la *Gazette des Hôpitaux*, semestre d'hiver 1913-1914).

— La douleur paroxystique dans le syndrome ulcéro-pylorique. *Revue générale de Clinique et de Thérapeut.*, Paris, 1914.

— L'U. D. D. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 1914.

— L'ulcus gastrique et duodénal : Patho-gastro-intestinale, par J.-Ch. Roux, in *Arch. de Mal. des App. dig.*, 1921.

MATHIEU et ALAVISATOS. — Ulcère de la première partie du D. *Archives des maladies de l'app. digestif*, Paris, mai 1918, 448-433.

MAYO. — *Annals of Surgery*, mai 1913.

— *Congrès international de chirurgie*, New-York, avril 1914.

- MORICHEAU et BEAUCHANT. — Les faux ulcères de l'estomac et du duodénum. *Archives Méd. Chirurg. de province*, avril 1921.
- MOYNIHAN. — *The Lancet*: 14 déc. 1901, 27 août 1903, 11 oct. 1904, 11 février 1905, 1^{er} janvier 1910, 6 janvier 1912.
— Duodénal ulcer, 1910, Saunders ed. Londres.
- CETTINGER. — Ulcère duodénal et cholélithiase. *Paris Médical*, 7 juin 1913.
- PARTURIER G. — Seméiolo. de la vésicule biliaire. *Journal Médical Français*, avril 1914.
— *Revue de Chirurgie*, 1918.
— *Revue de Médecine*, 1921. L'U. D. D. vrai non compliqué.
- PARTURIER G. et AYMARD. — *Soc. Med. des Hôp.* Paris, 29 décembre 1920. Ulcus de la deuxième portion du duodénum.
- PARTURIER et VASSELLE. — Etude clinique et rad. de l'ulcus duodénal vrai non compliqué. *Progrès Médical*, oct. 1921.
- PARTURIER et VASSELLE. — *Société anatomique*, 8 janvier 1921. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 4 mars 1921.
- PARTURIER et DURIEUX. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1919. — *Revue Chirurgicale*, 1918.
- PAUCHET. — *Presse Médicale*, 1922.
- RAFINESQUE. — *Thèse*, Paris, 1912.
- RAMOND F. — Les dyspepsies, 1920.
- RAMOND F. — *Le Méd. Français*, 7 juin 1921.
- RAMOND F. — Les principaux syndromes dyspeptiques. *Presse Médic.*, Paris, 1918.
- RICARD et PAUCHET. — XXX^e Congrès de Chirurgie, oct. 1910, *Archives provinciales de chirurgie*, XIX, 497.
- SALUZ, CRAMER et MOPPERT. — Rapport au XVI^e Congrès de Médecine, octobre 1922.
- SINGER G. — Sur la pathogénie et la clinique des U. D. D. *Archives des Maladies de l'app. dig.*, 1921, p. 421.

TABLE DES MATIERES

Préambule	7
Chapitre premier. — Histoire clinique de l'ulcère du duodénum.....	12
Chapitre II. — La douleur dans les ulcères duodénaux typiques	16
La douleur spontanée.....	17
La douleur provoquée	24
Chapitre III. — La douleur dans les formes atypiques des ulcères duodénaux.....	33
Les difficultés du diagnostic	33
Les diverses formes cliniques atypiques....	35
La douleur dans les formes atypiques larvées	39
Observations	55
Conclusions	72
Bibliographie.....	74
